Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

KRISENINTERVENTION IM RAHMEN EINES EINJÄHRIGEN STATIONÄR-AMBULANTEN BEHANDLUNGSPROGRAMMS FÜR ALKOHOLKRANKE AN DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK TÜBINGEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des
Doktorgrades der Medizin
der
Medizinischen Fakultät (Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Richard Brems
aus Bremen

1985

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

KRISENINTERVENTION IM RAHMEN EINES EINJÄHRIGEN STATIONÄR-AMBULANTEN BEHANDLUNGSPROGRAMMS FÜR ALKOHOLKRANKE AN DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK TÜBINGEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des
Doktorgrades der Medizin
der
Medizinischen Fakultät (Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Richard Brems
aus Bremen

1985

Dekan:	Professor Dr. H. D. Waller
1. Berichterstatter:	Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter:	Professor Dr. Dr. K. Mayer

Gisela und Hanne in Dankbarkeit;
in Freude zugedacht Sylvia Büldt -
ohne ihre Ermutigung wäre diese
Arbeit zu keinem guten Abschluß
gelangt.

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Verzeichnis der Tabellen

Seite

1. Einleitung 1

2. Das "Tübinger Modell" 3

2.1 Rahmenkonzeption 4

2.2 Personal und Therapieangebote 5

2.3 Zielvorstellungen des Therapiekonzeptes 6

3. Methodik und Zielvorstellungen der Untersuchung 7

3.1 Vorhandene Unterlagen 7

3.2 Zielvorstellung und Auswertung 8

3.3 Zum konkreten Vorgehen 12

3.4 Nachtrag: Der Begriff der "Krise" 14

4. Überblick über Auswertungsweg und Ergebnisse 16

5. Auswertungsumfang und Auswertbarkeit 18

6. Allgemeine Daten der Patienten 21

7. Nachsorgeangebot und Teilnahmedauer 22

7.1 Nachsorgeangebot 22

7.2 Teilnahme am Nachsorgeangebot 24

7.3 Letzter Informationsaustausch zwischen Klinik und Patient 25

7.4 Gründe für das Beenden der Therapie 26

8. Kontakte zwischen Klinik und Patient 28

9. Gruppenteilnahme 33

10. Einfluß der Kontakte auf die Gruppenteilnahme 36

11. Trinkverhalten 42

11.1 Zusammenhang von Gruppenteilnahme und Trinkverhalten 46

12. Einfluß der Kontakte auf das Trinkverhalten 49

Seite

13. Therapieansätze und -erfolge - ein Literaturüberblick 53

13.1 Therapieerfolge 53

13.1.1 Trinkverhalten nach Abschluß der Therapie - Einflüsse auf den Erfolg 53

13.1.2 Rückfall, Kristenzeiten und Therapieabbruch 56

13.1.3 Einfluß von Nachsorge und Intervention auf Therapieabbruch und Trinkverhalten 60

13.2 Alkoholismus und Therapiekonzepte 64

13.2.1 Alkoholismus als Krankheit 65

13.2.2 Krankheitsmodelle 67

13.2.3 Pathogenese, Prädisposition und Typologie des Alkoholismus 68

13.2.4 Therapieansätze und -ziele 69

13.3 Untersuchungsmethoden und ihre Kritik 69

14. Zusammenstellung der Ergebnisse und ihre Interpretation 70

14.1 Zielvorstellungen 71

14.2 Ergebnisse

14.2.1 "Kontakte"; Art und Umstände ihrer Initiierung 72

14.2.2 Trinkverhalten; Einfluß von Kontakten, Begleitumstände, Erfolge 73

14.2.3 Gruppenteilnahme; Einfluß von Kontakten, Begleitumstände, Erfolge 76

14.2.4 Trinkverhalten, Gruppenteilnahme und Informationsaustausch im zeitlichen Verlauf 78

14.2.5 Persönliche Patientendaten 81

14.3 Bemerkungen zur Methodik 81

14.4 Schlußfolgerungen 83

15. Zusammenfassung 86

16. Datenerhebungsbögen 88

17. Literaturverzeichnis 100

Verzeichnis der Tabellen

		Seite
Tab. 1:	Erhebungszeitraum	18
Tab. 2:	Untersuchte Patienten	19
Tab. 3:	Zeitliche Verteilung der Aufnahme	19
Tab. 4:	Auswertbarkeit der Aufzeichnungen (A 69)	20
Tab. 5:	Einzelauswertungen	21
Tab. 6:	Persönliche Daten bei der Aufnahme	21
Tab. 7:	Länge des Nachsorgeangebotes (A 40)	23
Tab. 8:	Ende der Nachsorgegruppe	23
Tab. 9:	Dauer der Teilnahme an der Nachsorge (A 44)	24
Tab. 10:	Differenz zwischen Teilnahmedauer und Nachsorgeangebot (A 46)	25
Tab. 11:	Teilnahme bis Abschluß der Nachsorgegruppe (A 43)	25
Tab. 12:	Zeitpunkt des letzten Informationsaustausches (A 49)	25
Tab. 13:	Umstand des letzten Informationsaustauschs (A 48)	26
Tab. 14:	Subjektiver Grund für endgültiges Verlassen der Gruppe zu unterschiedlichen Zeitpunkten (A 53, A 56, A 59)	27
Tab. 15:	Äußerer Grund für endgültiges Verlassen der Gruppe (E 11)	28
Tab. 16:	Verteilung der Kontakte auf ambulanten und stationären Bereich und Initiator (F 9)	29
Tab. 17:	Verteilung der ambulanten Intervention auf unterschiedliche Medien und erreichte Ansprechpartner (F 37)	29
Tab. 18:	Verteilung der stationären Interventionen auf unterschiedliche Möglichkeiten (F 49)	30
Tab. 19:	Dauer der stationären Intervention (F 51)	31
Tab. 20:	Initiator der Patienteninitiative (F 66)	31
Tab. 21:	Vermittlungsweg der Patienteninitiative (F 67)	31
Tab. 22:	Patientenorientierte Übersicht der stattgehabten Kontakte/Art und Häufigkeit (A 15, F 9, F 37, F 49, F 66, 3 - 29/31, 3 - 46/63)	32
Tab. 23:	Gesamtfehldauer der Patienten (2 - 47)	34

Seite

Tab. 24: Häufigkeit des Fehlens (A 9) 35

Tab. 25: Von Patienten genannte Gründe (C 30) 35

Tab. 26: Trinkverhalten und Ankündigung des Patienten vor dem Fernbleiben (C 31) 35

Tab. 27: Das Trinkverhalten während der Abwesenheit (C 21) 36

Tab. 28: Erster Initiator eines Kontaktes nach Fernbleiben des Patienten (C 32) 38

Tab. 29: Art und Häufigkeit von Kontakten während einzelner Abwesenheitsphasen (C 22 - C 27) 39

Tab. 30: Art und Häufigkeit von Kontakten während aller Abwesenheitsphasen (2 - 55/2 - 57) 39

Tab. 31: Änderung der Gruppenmotivation durch Kontakte (F 27) 40

Tab. 32: Änderung des realen Gruppenverhaltens (Teilnahme) durch den Kontakt (F 28) 40

Tab. 33: Übereinstimmung von Motivation und Verhalten nach einem Kontakt (F 29) 41

Tab. 34: Änderung der Gruppenteilnahme als Kontaktfolge (3 - 40) 41

Tab. 35: Trinkverhalten zu unterschiedlichen Zeitpunkten (A 54, A 57, A 60) 43

Tab. 36: Gesamtdauer der Rückfallzeiten (3 - 05) 43

Tab. 37: Anzahl der Rückfälle je Patient (1 - 52) 44

Tab. 38: Schwere des Rückfalls (D 11) 45

Tab. 39: Subjektive Ursache des Rückfalls (D 20) 46

Tab. 40: Motivation bezüglich Trinken nach dem Rückfall (D 21) 46

Tab. 41: Anwesenheit in der Gruppe vor dem Rückfall (D 24) 47

Tab. 42: Anwesenheit in der Gruppe nach dem Rückfall (D 25) 47

Tab. 43: Angegebener subjektiver Grund für Abwesenheit nach Rückfall (D 26) 47

Tab. 44: Mittelwerte für die Gruppenteilnahme und das Trinkverhalten von allen Patienten (1 - 59/1 - 66) 48

Tab. 45: Mittelwerte für die Gruppenteilnahme und das Trinkverhalten der betroffenen Patienten (1 - 59/1 - 66) in Verbindung mit 1 - 70/1 - 73) 48

Tab. 46: Bekanntwerden des Rückfalls bei Abwesenheit des Patienten (D 28, D 32) 49

Seite

Tab. 47: Bekanntwerden des Rückfalls in der Gruppe bei Teilnahme des Patienten (D 27) 50

Tab. 48: Verdacht bezüglich Trinkverhalten bei ambulanter Intervention (F 39) 50

Tab. 49: Übereinstimmung, Vermutung/Realität bezüglich des Trinkverhaltens anläßlich einer ambulanten Intervention (F 40) 51

Tab. 50: Änderung der Trinkmotivation durch den Kontakt (F 30) 52

Tab. 51: Änderung des Trinkverhaltens durch den Kontakt (F 31) 52

Tab. 52: Übereinstimmung Motivation/Trinkverhalten nach Kontakt (F 32) 52

Tab. 53: Verteilung erfolgreicher Kontakte auf rückfällige Patienten (3 - 44) 53

Tab. 54: Untersuchung der Rückfallursachen bei ZAPOTOCZKY 60

1. Einleitung

Seit Jahren standen in Deutschland im wesentlichen zwei Therapieansätze der Alkoholkrankheit im Vordergrund: zum einen die vielmonatige stationäre Behandlung in Suchtfachkrankenhäusern (sog. "Halbjahreskur"), andererseits, und weitgehend organisatorisch getrennt (bei oft guter Kooperation!), gibt es im ambulanten Bereich die Selbsthilfegruppen und "Freundeskreise" der verschiedenen Sozialträger.

Unterschiedliche Entwicklungen wie steigende Krankenzahlen, Arbeitsplatzproblematik und seit Anfang der 70er Jahre positive Erfahrungsberichte vor allem aus den USA ließen auch in Deutschland die Frage nach neuen Formen gemischt stationär-ambulanter Therapieansätze interessant erscheinen.

Im April 1975 wurde dann an der Universitätsnervenklinik Tübingen aus der Not, wegen ständig steigender Alkoholikerzahlen die Aufnahmestationen durch eine eigene Suchtabteilung zu entlasten, eine Tugend gemacht: Unter Ausnutzung der zentralen Lage der Klinik wurde, in mehreren Schritten, ein gemischter Therapieentwurf in die Tat umgesetzt: Nach sechswöchigem stationärem Aufenthalt erfolgt eine einjährige Nachsorge mit wöchentlichen Treffs in immer derselben Bezugsgruppe.

Noch mit einem weiteren Tabu wurde bei der Erstellung des Konzeptes gebrochen: Stand bisher bei professionellen Therapieüberlegungen die Überzeugung (wenn auch nicht unwidersprochen) im Vordergrund, die Initiative zum Beginn wie vor allem zur Fortführung der Behandlung müsse vom Suchtkranken selber ausgehen, "Hinterdreinlaufen" bei Unmotivierten sei Zeit- und Kraftvergeudung, so wurde nun in Tübingen ein überaus aktives und fürsorgliches Modell entwickelt: das der begleitenden "Krisenintervention".

Pate standen dabei zwei Gedanken: zum einen, wenn es gelänge, durch gute Motivationsarbeit die Teilnahmebereitschaft an der Nachsorgegruppe hochzuhalten, dann müsse dies auch einen guten Effekt auf die Rückfallquote haben. Zum anderen: Vielleicht wäre es möglich, durch rasches "zur Stelle sein" im "Krisenfall" (der sich oft außerhalb der Gruppentreffen ereignet oder durch Abwesenheit in der Gruppe schon ange-

kündigt wurde) eine schlimmere Entwicklung noch im Entstehen abzufangen.

Konkret sieht dieser Ansatz vor, daß jeder Patient, der, ob rückfällig oder nicht, bei den Treffen der Gruppe fernbleibt oder dessen Rückfall zwischenzeitlich bekannt wird, daheim aufgesucht (oder durch Telefon oder zumindest Brief angesprochen) wird. Als weitere "Krisenmaßnahme" besteht zudem bei Notwendigkeit, meist bei Rückfall oder Angst vor Rückfall, die Möglichkeit der kurzfristigen stationären Wiederaufnahme.

Die allgemeine Fragestellung der vorliegenden Untersuchung ist nun die nach dem "Erfolg" dieser Kriseninterventionen; da die Studie katamnestisch angelegt ist - ausgewertet wurden Krankenakten der Patienten und Verlaufsprotokolle der ambulanten Gruppen -, mußte sich die genauere Fragestellung dem vorhandenen Untersuchungsmaterial anpassen: exakte vergleichende Erfolgszahlen (z. B. bezüglich unterschiedlicher Interventionsformen, eventuell mit Signifikanzbetrachtung) sind wegen fehlender Kontrollgruppen mit Zufallszuweisung nicht möglich. "Methode der Wahl" war vielmehr die möglichst unverzerrte Erfassung von in den Unterlagen vorhandenen Verhaltensparametern (wozu auch Aussagen zur Motivation u. ä. gehören!), ihre (beschreibend-) statistische Aufbereitung und der nachfolgende Versuch, interpretativ zu Aussagen von einiger Relevanz für Therapieerfolg und -konzept zu gelangen.

Dieses Vorgehen geschah auch in der Zuversicht, daß sich aus den Aufzeichnungen der Klinik aussagefähige und statistisch erfaßbare Daten und Zusammenhänge herauskristallisieren lassen, was durch eine Vorabauswertung gesichert wurde.

Natürlich spielten Trinkverhalten und Teilnahme an den ambulanten Gruppentreffen die Rolle der Hauptzielvariablen und der Einfluß von Interventionen darauf bildete den Schwerpunkt der Untersuchung; dabei erwies es sich als sinnvoll, als Einflußparameter nicht (methodisch und

inhaltlich nicht abgrenzbare) "Kriseninterventionen" zu betrachten, sondern allgemein alle außerhalb der Gruppentreffen zwischen Klinik und Patient stattfindenden, mehr oder weniger spontanen "Kontakte".

Wegen des nachdrücklichen Gewichts, welches von seiten des Therapiekonzepts insbesondere auf das "in der Gruppe bleiben" gelegt wird, bot sich für die Auswertung als weiterer Interessenschwerpunkt auch der direkte Erfolgsvergleich der in den Kontakten zum Ausdruck kommenden Bemühungen um Rückfällige und "Aussteiger" an.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Pilot-Studie in einem thematischen Neuland, zu welchem noch kaum Untersuchungsergebnisse vorliegen. Insofern wurde versucht, breit gestreut Datenmaterial und Hinweise auf mögliche interessante Zusammenhänge zu erhalten, deren Weiterverfolgung in späteren spezialisierten Prospektiv-Studien lohnenswert wäre.

2. Das "Tübinger Modell"

Am 07.04.1975 wurde an der Universitätsnervenklinik Tübingen eine "Spezialstation für Suchtkranke" (GRUNER, 1976) in Betrieb genommen. Neben Alkoholikern fanden auch Medikamenten- und Drogenabhängige Aufnahme; die Medikamentenabhängigen befanden sich (wie die Drogenabhängigen) in der Minderzahl (bei steigender Tendenz zur Polytoxikomanie) und wurden wie die Alkoholiker behandelt, die Drogenabhängigen wurden in ihrer Mehrzahl nach einigen Tagen des Entzuges im Rahmen einer Therapiekette an die Tübinger Drogenbehandlungsstelle weiterverwiesen.

Drogen- und Medikamentenabhängige finden im folgenden keine besondere Erwähnung mehr; sie werden im Rahmen dieser Studie nicht betrachtet.

Das nachfolgend beschriebene Behandlungsmodell wurde etwa im Laufe eines Jahres nach Eröffnung der Station Schritt für Schritt in die Tat umgesetzt (vgl. ergänzende Bemerkungen am Schluß).

2.1 Rahmenkonzeption

1. Die Behandlung ist aufgeteilt in einen sechswöchigen stationären Teil und einen einjährigen ambulanten Teil mit wöchentlichen Treffs.

   Der Patient akzeptiert vor der Aufnahme das integrierte Therapieangebot, insbesondere verpflichtet er sich zur vollständigen Teilnahme am ambulanten Teil.

2. Voraussetzung für die Aufnahme ist ein vorausgegangenes Gespräch mit zwei Therapeuten über Motivation und Eignung.

   Die Kriterien für die Aufnahme sind weit gefaßt und allgemein gehalten (der Patient sollte gruppenfähig sein und psychisch und geistig der Therapie folgen können, insbesondere keine Psychose haben). Soziale Stabilitätskriterien wie Wohnsitz oder Arbeitsplatz sind nicht unabdingbare Voraussetzung.

3. Alle Patienten werden auf eine eigene Station aufgenommen.

4. Die Patienten bilden eine geschlossene Gruppe, das bedeutet:

   - die Aufnahme erfolgt zum gleichen Termin, ebenso die Entlassung;
   - dieselben Patienten bleiben während des ambulanten Teils der Therapie als "Bezugsgruppe" zusammen.

   Die Aufnahme einzelner Rückfälliger im Rahmen einer stationären Krisenintervention ist möglich.

5. Rückfall ist kein Grund zum Ausschluß von der Therapie.

6. Erscheint ein Patient nicht zur Gruppensitzung und hat er sich nicht (oder des öfteren unglaubwürdig) entschuldigt, so wird versucht, mit ihm Kontakt aufzunehmen. Ist insbesondere ein Rückfall bekannt oder wird er vermutet, so erfolgt diese Kontaktaufnahme baldmöglichst im Sinne einer "Krisenintervention". Ziele der Kontaktaufnahme sind Reintegration in die Gruppe und ggf. Wiederherstellung der Abstinenz.

7. Ist der Patient rückfällig, so kann er für einige Tage (in der Regel 4) wieder stationär aufgenommen werden ("stationäre Krisenintervention"), er nimmt in diesen Tagen am vollen Programm der gerade laufenden Gruppe teil. Falls notwendig, erfolgt zuvor Einweisung zum Entzug auf eine andere (geschlossene) Station.

8. Für die Angehörigen wird (anfangs in der Regel zweiwöchentlich, später vierteljährlich) eine eigene Gesprächsgruppe angeboten, an welcher zeitweise auch die Patienten teilnehmen.

9. Zusätzlich ist für die Patienten möglich, während des stationären wie ambulanten Teiles der Therapie und auch im Anschluß daran, an Gruppentreffen des Ehemaligen-Clubs "Contra" teilzunehmen, der wöchentlich in den Räumen der Klinik tagt.

Bemerkungen:

Das Gruppenkonzept wurde erst im Verlauf der Monate April bis Mai 1976 eingeführt. Zuvor erfolgte die Aufnahme zu individuellem Zeitpunkt und bei unterschiedlich langem Aufenthalt und der Patient konnte anschließend wahlweise an einer von zwei offenen Nachbetreuungsgruppen teilnehmen; zudem wurde bis Ende 1975 nur ein halbes Jahr Teilnahme verlangt. Bis November 1977 dauerte der stationäre Teil der Therapie nur 4 Wochen.

2.2 Personal und Therapieangebote

Die Station mit 13 Betten wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung von 2 Ärzten, 7 Schwestern und Pflegern, 1 Zivildienstleistenden und einer Sozialpraktikantin betreut (alle Personalangehörigen werden im folgenden als "Therapeuten" bezeichnet).

Alle Entscheidungen werden im Team besprochen, die Ärzte besitzen allerdings die letztendliche Verantwortung und damit Befugnis.

Alle Einzelveranstaltungen auf Station sowie die Nachbetreuungsgruppen werden (möglichst ohne Wechsel) von 2 Therapeuten geleitet.

Jeder Patient erhält 2 Bezugspersonen zugeordnet, an die

er sich bevorzugt wenden kann und welche sich bevorzugt im Rahmen einer Krisenintervention um ihn kümmern.

Bei Aufnahmegesprächen sowie bei den Bezugspersonen ist einer der Therapeuten Arzt.

Der Patient hat die Möglichkeit zu "Dreiergesprächen" mit seinen beiden Bezugstherapeuten.

Während der stationären Phase der Therapie gibt es einen festen Stundenplan mit über die Woche verteilten Gruppenaktivitäten, an denen teilzunehmen Pflicht ist. Dazu gehören analytisch orientierte Gruppengespräche, szenisches Rollenspiel, Informationsgruppe und Beschäftigungstherapie.

Während der ambulanten Phase der Therapie werden die Themen der einzelnen Abende von den Patienten selbst bestimmt.

2.3 Zielvorstellungen des Therapiekonzeptes

Ziel der Therapie ist

1. die vollständige Abstinenz zu erreichen, zu erhalten und bei Rückfall wieder herzustellen.
2. Dazu soll während des stationären Teiles der Therapie die notwendige Motivation geschaffen bzw. verstärkt werden.

   Mittel dazu sind Vermitteln von Informationen und Erfahrenlassen von Einsichten in das Wesen des Alkoholismus sowie das Gefüge der eigenen Person.
3. Darauf aufbauend erste Änderungen des Persönlichkeitsgefüges sowie Einübung und Festigung neuer Verhaltensweisen.
4. Förderung von Eigeninitiative und Kreativität.
5. Erleben des Betroffenseins mit anderen.
6. Während des stationären Teils der Therapie Schaffung einer Gruppe als wohl wichtigstem Therapeutikum für die nachfolgende ambulante Phase.

7. Während der ambulanten Phase Festigung des Erlernten, gegenseitige Stützung durch die Gruppe (darum Legung eines Schwergewichtes auf die regelmäßige Gruppenteilnahme) und rasche Hilfe bei Krisen.

3. Methodik und Zielvorstellungen der Untersuchung

3.1 Vorhandene Unterlagen

An Möglichkeiten zur Datengewinnung standen folgende vier Quellen zur Verfügung:

1. Krankenblatt

Über jeden stationär aufgenommenen Patienten wird ein Krankenblatt angelegt mit Angaben zum körperlichen und psychischen Befund, zum sozialen Umfeld (Familien- und Wohnverhältnisse, Arbeitsplatz) und zur Anamnese, besonders des Trinkverhaltens.
Bei Voreinweisungen stehen die alten Krankenblätter zur Verfügung.

2. Ambulanzkarte

Für jeden Patienten, der den ambulanten Teil der Therapie beginnt, wird für diesen Zeitraum eine eigene "Ambulanzkarte" angelegt. Auf dieser wird bei den wöchentlichen Treffen zumindest vermerkt: Teilnahme, Trinkverhalten (ob noch abstinent - auch Vermutungen werden notiert), Begründungen für ein Fernbleiben von Gruppensitzungen, alle Kontakte zwischen Patient (und Angehörigen) und der Klinik außerhalb der Gruppentreffen (insbesondere auch alle Besuche, Anrufe, Briefe), Änderungen im sozialen Umfeld des Patienten (Umzug, Einlieferung in andere Klinik wegen Rückfall); Gruppenabschluß.

Unterschiedlich ausführlich werden aufgezeichnet Äußerungen des Patienten innerhalb und außerhalb der Gruppentreffen, besonders zum Sinn einer weiteren Gruppenteilnahme und zur Abstinenzmotivation; weiterhin Einflüsse im sozialen Umfeld des Patienten wie Ärger mit Familienangehörigen oder am Arbeitsplatz; Treffen von Patienten

außerhalb der Gruppensitzungen; Vermutungen insbesondere über das Trinkverhalten von in der Gruppe fehlenden Patienten und Motivationen zu einer Krisenintervention; wichtige Gruppenthemen.

3. Verlaufsbögen

Für jede Gruppe (mit Ausnahme einiger der "älteren") wird ein "Verlaufsbogen" geführt. Auf ihm werden in Tabellenform für jeden Patienten die Teilnahme und eventuelle Rückfälle und Kontakte mit der Klinik außerhalb der Gruppensitzungen festgehalten.

Auch die Gruppe betreffende Überlegungen wie z. B. die der vorzeitigen Beendigung wegen Mitgliederschwund werden notiert.

4. Gespräche mit dem Klinikpersonal

Während einer vierwöchtigen Mitarbeit auf der Station konnte sich der Autor mit Therapeuten und Praxis vertraut machen. Während und nach der Datenerhebung im Zeitraum des "Praktischen Jahres" bestand mannigfache Möglichkeit zur Nachfrage nach dem Einzelschicksal von Patienten, welches aus den Unterlagen nicht eindeutig hervorging.

Durch Vergleiche insbesondere der Quellen 2. - 4. erwies sich eine sehr gute Übereinstimmung und Vollständigkeit der Aufzeichnungen bezüglich Gruppenteilnahme, Trinkverhalten und Kontakten; auch bezüglich Äußerungen und Motivationen, sofern diese schriftlich festgehalten worden waren, bestand eine gute Übereinstimmung mit erfragten Erinnerungen der Therapeuten.

Eine quantitative Übersicht zu Fragen der Reliabilität erfolgt im Abschnitt 5.

3.2 Zielvorstellung und Auswertung

Die primäre Fragestellung der vorliegenden Untersuchung war die nach Umständen (Voraussetzungen) und dem "Erfolg" von Krisenineterventionen während des ambulanten Teils der Therapie.

Eine Vorsichtung des vorhandenen Datenmaterials führte zu folgenden Überlegungen:

1. Eine Intervention seitens der Klinik aus Anlaß einer "Krise" ist nur sehr willkürlich zu trennen von Interventionen aus anderen Motiven heraus (z. B. um "prophylaktisch zur Wiederteilnahme an der Gruppe zu bewegen"); häufig wurde explicit aus einer "Mischmotivation" heraus gehandelt ("wir haben 3 Wochen nichts gehört, mal sehen, was da los ist").

   Weiter kam erschwerend hinzu, daß nicht selten zwar die Intervention, nicht jedoch die ihr vorangegangene Überlegung in den Unterlagen verzeichnet war (Aufschlüsselung dazu im Ergebnisteil dieser Arbeit); daß im "Klinikjargon" zum Teil jede Initiative von seiten der Station als "Krisenintervention" bezeichnet wurde; und schließlich, daß im gesamten Alkoholschrifttum kein abgrenzbar definierter Krisenbegriff existiert, der vom Autor als Anhalt für eine differenzierende "Interpretation im Nachhinein" hätte verwendet werden können (siehe dazu den "Nachtrag" in diesem Kapitel).

   Sinnvoll nach diesen Erfahrungen mit Klinikunterlagen und Literatur erschien somit einzig die einheitliche Untersuchung von "Klinik-Initiativen", wobei eine anschließende ergänzende Betrachtung von Umständen und Motiven, soweit eruierbar, sich als durchaus zweckmäßig erwies.

2. Eine parallele Überlegung und Beobachtung führte dazu, daß Hauptaugenmerk nicht auf Klinikinitiativen, sondern generell auf außerhalb der regulären Gruppentreffen statthabende "Kontakte" zwischen Klinik und Patient zu richten: Voraussetzung für Verhaltensänderungen seitens des Patienten (jedenfalls für solche, um deren Untersuchung es in dieser Arbeit geht) ist, daß überhaupt Patient und Klinik miteinander in Austausch treten, eben "in Kontakt" miteinander kommen. Dabei geht dieser Kontakt keineswegs

immer von der Klinik aus, oft erfolgt der erste Schritt dazu durch den Patienten, einen Angehörigen oder auf noch anderem Wege. Nicht selten spielt bei intensiveren wechselseitigen Kontaktaufnahmen die Feststellung des "Erstinitiators" bei der "Erfolgsmessung" nur eine zweitrangige Rolle, eine Zuordnung aller Interaktionen als Klinikintervention und damit als Klinikleistung würde das wahre Bild verfälschen. Es erwies sich aus diesen Überlegungen heraus als realitätsgerechter, den Einfluß aller stattfindenden "Kontakte" (außerhalb der regulären Gruppentreffen und bewußt unter dieser neutralen Bezeichnung) als hauptsächliche "Einflußvariable" zu betrachten. Eine anschließend in einem zweiten Schritt erfolgende Differenzierung nach dem Initiator eines Kontaktes kann dann mit zusätzlichen Informationen aufschlußreich sein.

3. Abstinenzerhaltung und Gruppenteilnahme (als Hilfe zur Abstinenz) sind Hauptziele von Klinikinterventionen und der Gesamttherapie. "Trinkverhalten" und "Gruppenteilnahme" stellen demnach sinnvollerweise die Hauptvariablen für die Erfolgsmessung von Kontakten dar; andererseits bilden sie aber auch den Hauptauslöser für Kontakte (!).

   Es erschien daher sinnvoll, "Trink-" und "Gruppenverhalten" in ihrem zeitlichen Verlauf sowie in ihrer Wechselwirkung mit stattfindenden Kontakten zum Grundgerüst einer statistischen Auswertung der ambulanten Therapiephase zu machen. Dies auch deshalb, weil hierzu die zahlreichsten und sichersten und von subjektiver Interpretation unabhängigsten Zahlen vorlagen.

   Eine Ergänzung dieser Ergebnisse bot sich anschließend sinnvoll an durch differenzierende Statistiken über die "Qualität" einer Variablen (z. B. "Schwere des Rückfalls", "Initiator eines Kontaktes" etc.) sowie über Begleitumstände ("war der abwesende Patient

außerdem rückfällig?") und Begleitinformationen (z. B., der Rückfall war der Klinik bei ihrer Intervention bekannt); zu letzteren zählen auch subjektive Daten wie z. B. Motivationen (z. B.: es war bei der Intervention bekannt, daß der Patient nicht mehr an der Gruppe teilnehmen wollte).

4. Die Auswertung wird schließlich sinnvoll ergänzt durch einige persönliche Angaben über die Patienten (Alter, Geschlecht, Beruf, etc.), die eine Einordnung des untersuchten Klientel und den Vergleich mit anderen Studien ermöglichen sollen.

5. Die Arbeit ist retrospektiv; damit entfallen (wegen fehlender Vergleichsgruppen mit Zufallszuteilung) alle Möglichkeiten eines Vergleichs z. B. zwischen verschiedenen Interventionsformen (z. B. dergestalt: "Hausbesuche sind erfolgreicher als Telefonanrufe"); stellt man solche Vergleiche, was sehr verlockend ist, trotzdem an, so werden falsche Tatsachen vorgespiegelt. Aus demselben Grund kann der Einfluß z. B. der Gruppenteilnahme auf das Trinkverhalten nicht berechnend ermittelt werden.

   Es bleibt einzig die Erstellung beschreibender Häufigkeitsverteilungen und Kreuztabellen ohne Korrelations- oder Signifikanzbetrachtungen. Als einzige Möglichkeit, um zu verknüpfenden Aussagen über einen ursächlichen Zusammenhang zweier Variabler zu gelangen, verbleibt der interpretative Vergleich unter Nennung der zugrunde gelegten Vorannahmen.

   (Beispiel: "Unter der Annahme einer in der Literatur belegten "Spontanremission" bei Rückfall von unter 15 % und bei Beobachtung, daß weit mehr als 15 % der während des ambulanten Jahres rückfällig gewordenen Patienten an dessen Ende wieder abstinent sind, scheint ein positiver Einfluß von Kontakten auf das Trinkverhalten vorzuliegen.")

6. Ein letzter wichtiger Grundgedanke: Fragen nach Er-

gebnissen stellen sich "personen-" oder "ereignis-" orientiert. Dies läßt sich am unkompliziertesten durch Beispiele erläutern:

"wie viele Patienten wurden (mind. einmal) rückfällig?",
"wie viele Patienten waren am Ende noch abstinent;",
"bei wie vielen Patienten war (mindestens) eine Intervention erfolgreich?"

sind Fragen, die sich in ihrer Grundgesamtheit unterscheiden von Fragen wie

"wie häufig war ein Patient, der in der Gruppe fehlte, auch zugleich rückfällig?",
"wie häufig erfolgte bei Fernbleiben eine Intervention?",
"wie viele Interventionen waren erfolgreich?".

Diese wichtige Unterscheidung liegt zugrunde, wenn bei der späteren Auswertung (die an inhaltlichen Fragen orientiert sein wird), von "personen-" oder "ereignis-"bezogenen Daten die Rede sein wird.

Soweit einige Gedanken zu Grundfragen der Herangehensweise und zu methodischen Grenzen der zu erwartenden Ergebnisse. Es folgt ein kurzer Abriß des konkreten Vorgehens, der Aufbau dieser Studie wird in Kapitel 4 in einigen Sätzen erläutert.

3.3 Zum konkreten Vorgehen

Am Anfang stand eine manuelle Auswertung der Ambulanzkarten, um eine erste Übersicht über vorhandene Daten und ihre Validität zu erhalten.

Die anschließende Erstellung von Erhebungsbögen erfolgte nach drei Kriterien:

1. Ermöglichung einer personenbezogenen Auswertung
Ein Erhebungsbogen ("A") faßt Daten zur Person sowie solche personenbezogen Variablen zusammen, die einen Überblick über den Gesamttherapieverlauf vermitteln (z. B. "Dauer der Teilnahme", "Anzahl der Rückfälle").

2. Ermöglichung einer ereignisbezogenen Auswertung

In 3 Erhebungsbögen ("C", "D", "F") werden Daten je zum "Gruppen-", "Trink-" und "Kontaktverhalten" protokolliert. Dieses Vorgehen erleichtert die ereignisbezogene Auswertung, insbesondere von "Begleitumständen" (z. B. "wie häufig war bei Krisenintervention ein Rückfall des Patienten vorher bekannt?"). Dabei wird jedem Einzelereignis ("Fehlen in der Gruppe", "Rückfall", "Kontakt") ein eigener Erhebungsbogen zugeordnet. (Eine genaue Definition der Begriffe erfolgt bei der Auswertung.)

Des weiteren hält ein Erhebungsbogen ("E") jeden Zeitraum fest, in welchem der Patient durch nicht selbst zu vertretende Gründe (sog. "äußerer Grund" wie z. B. Umzug, Zwangseinweisung in ein PLK) nicht an der Gruppe teilnehmen kann (sog. "Alternativphase"). Während dieser Zeit erfolgt keine Protokollierung von Trink- und Gruppenverhalten.

Ein Erhebungsbogen schließlich ("B") untersucht durch zeitliche Feinstrukturierung den Zusammenhang von Trink- und Gruppenverhalten. Zu jedem Gruppentreff wird untersucht, ob sich der Patient in einem der vier "Zustände": "abstinent/anwesend", "rückfällig/anwesend", "abstinent/fehlend" oder "rückfällig/fehlend" befindet oder aus einem von ihm nicht zu vertretenden Anlaß ("Alternativphase") nicht kommen kann.

3. Ein allgemeines Kriterium

Die Erhebung sollte so "offen" erfolgen, daß auch später beim Auftreten neuer Fragestellungen noch eine erneute computerisierte Auswertung ohne erneute Erhebung möglich wäre. (Dieser Gedanke erwies sich im nachhinein als wenig nütze, aber verkomplizierend und sehr arbeitsaufwendig.)

Die Auswertung der auf Lochkarten übertragenen Erhebungsbögen erfolgte durch den Autor selbst auf der TR 440 (Rechenzentrum Tübingen) unter Benutzung von

Statistik-Routinen der betriebseigenen Software-Programmbibliothek.

Im Verlauf der Auswertung ergaben sich Fragen und Bedarf nach weiteren personenbezogenen Daten, die durch ein eigens dafür erstelltes Spezialprogramm aus den "ereignisbezogenen" Erhebungsbögen B bis F erzeugt wurden; diese errechneten Erhebungsbögen mit den abgeleiteten ("umgesetzten") Daten (drei an der Zahl) finden sich im Anschluß an die originären Erhebungsbögen in Kap. 16 dieser Arbeit.

3.4 Nachtrag: Der Begriff der "Krise"

Im Titel der vorliegenden Untersuchung ist von "Krisenintervention" die Rede; dies, weil auch im Stationsalltag wie im Grundsatzpapier (29) dieser Begriff Verwendung findet.

Daß trotzdem dieser Begriff nicht operationalisiert wird in dieser Studie, sondern daß allgemein von "Klinikintervention" oder von "Kontakten" unter Beschreibung der Begleitumstände die Rede ist, bedarf der kurzen Begründung.

Neben der Schwierigkeit, katamnestisch einem Geschehen einen "Krisensinn" überzustülpen (in den Aufzeichnungen findet sich keinerlei Hinweis auf Betrachtung einer bestimmten Interventionsform als "Krisenintervention"), ein Vorgehen, das reichlich willkürlich wäre, gibt es auch inhaltliche Gründe, dies nicht zu tun.

Der Begriff "Krisenintervention bei Alkoholikern" suggeriert ein Denkmodell, welches es nicht gibt. Dazu ein Blick in die Literatur:

Versteht man unter "Krise" (synonym "Krisengeschehen", "Krisensituation") einen zeitlich begrenzten (und inhaltlich sinnvoll abgrenzbaren) Lebensabschnitt mit spezifischer intraindividueller Dynamik und spezifischer Umgebungsinteraktion, überindividuell beschreibbar (d. h.

der Theoriebildung zugänglich), Ausdruck eines Konfliktes und eingebettet in eine Entscheidungssituation, verbunden mit dem Gefühl innerer Not, so ist festzustellen, daß es im gesamten Alkoholismusschrifttum keine explizit ausformulierte Krisentheorie gibt.

Das verwundert auch nicht. Es folgt schlicht aus der Tatsache, daß es auch kein monolithisches Konzept des Alkoholikers wie des Alkoholismus gibt. Zwar gibt es Theoriebildungen zur dem Alkoholismus zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur (MATUSSEK, 1959) wie zum Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen (42), aber so wenig eine anerkannte psychodynamische Typologie des Alkoholikers besteht (13), so wenig besteht auch eine analytische Theorie des Alkoholismus (ANTON & SCHULZ, 1976) als notwendige Grundlage eines dynamischen Krisen- (Therapie-) Konzeptes.

Der Begriff "Krise" ist ein Lehnwort aus anderen psychologischen Fachdisziplinen. Dabei gibt es auch im psychologischen Schrifttum keine einhellige Definition. Vielmehr wird "Krise" im obigen Sinne stets gebraucht zur Umschreibung einer zeitlich begrenzt auftretenden Konfliktsituation auf dem Hintergrund eines jeweils schon vorliegenden psychodynamischen Modells.

Beispiele sind:

Theorien über im normalen Lebensvollzug notwendig auftretende Krisen in Zeiten der Umorientierung, sog. "Reifungskrisen" (im Sinne ERIKSONS), "midlife-crisis" etc.;

Krisen als "Bruchzonen", als Endpunkte einer fehlgeleiteten ("neurotischen") Entwicklung; zugrunde liegen speziellere, meist analytisch orientierte Entwürfe, fast immer verbunden mit einem Therapiekonzept (vgl. BELLAK & SMALL, 1972; MALAN, 1965). Krise bedeutet hier vielfach "Abschluß", "Zusammenbruch", "Neubeginn".

Zum dritten schließlich und mehr im "Hier und Jetzt" verwurzelt, ohne Annahme einer vorangegangenen neuro-

tischen Fehlentwicklung, arbeiten neuere, weniger aus der Therapie als aus der Beratungspraxis hervorgegangene Theorien (KOSCHORKE, 1973). Sie befassne sich mit der Frage, Menschen in Konfliktsituationen beizustehen und die bestmögliche Entscheidung finden zu lassen, ohne eine Umstrukturierung der Persönlichkeit zum Ziel zu haben.

Alle diese Ansätze sind schlecht geeignet zum besseren Verständnis der "Krisenzeiten" eines Alkoholikers.

Trotz des Fehlens eines stringenten Modells taucht der Terminus "Krise" in der Alkoholfachliteratur nicht selten auf. Dann wird er entweder gebraucht synonym für "Rückfall" oder er bezeichnet im Therapieverlauf einen Zeitraum erhöhter statistischer Rückfallhäufigkeit. So spricht KRYSPIN-EXNER (45) von einer "maximalen Krisensituation" nach Ablauf von 14 Monaten Abstinenzeinhaltung, "Chronisches Abstinenzsyndrom" (43) und "Trockener Rausch" (63) sind andere Bezeichnungen für einen krisenhaften Zeitraum erhöhter Rückfallgefährdung in einem determinierten Prozeß der Gesundung, über dessen inneres Kräftespiel keine weiteren Feststellungen getroffen werden.

4. Überblick über Auswertungsweg und Ergebnisse

Die einfach zu formulierende Frage "Was bringen die Kontakte?" erwies sich in ihrer Ausarbeitung als recht diffizil; wenige "harte" Erfolgszahlen waren nicht zu erwarten, dafür ist die gegenseitige Verwobenheit des Geschehens in der ambulanten Therapiephase zu komplex. Und da es sich um eine retrospektive Studie handelt, konnten klare Fragen nicht am Anfang stehen, sondern das vorhandene Datenmaterial hatte zu genügen und die Fragen mußten entlang des Gegebenen entwickelt werden.

Wie oben bereits erwähnt, wurden in einer Vorsichtung die vorhandenen Unterlagen auf ihre Ergiebigkeit hin untersucht; der daraufhin entstandene Erhebungsbogen

versuchte, eine Vielzahl von Fragestellungen möglichst vielseitig auswertbar zu präsentieren.

Die Aufgabe war also, aus einer Vielzahl von Ergebnissen die bedeutsameren herauszufiltern und dann durch sinnvolle Verknüpfung und Interpretation zu effektiven Aussagen zu gelangen.

Die vorliegende Untersuchung versucht, von ihrem Aufbau her der besonderen Aufgabenstellung gerecht zu werden und unterschiedliche Vorgehensweisen bei Datengewinnung und nachfolgender Interpretation nicht zu verwischen:

Kapitel 5 liefert Angaben zu den methodischen Rahmenbedingungen der Arbeit, insbesondere Auswertungsumfang und Auswertbarkeit.

In Kapitel 6 - 12 werden die relevanteren "Rohdaten", meist in Tabellenform, zusammengestellt. Im begleitenden Text finden sich Erläuterungen und zumeist auch Begründungen, warum gerade diese Fragestellung interessant erschien.

In Kapitel 13 erfolgt ein Literaturüberblick; einmal verstanden als eigenständige "Vergleichsdatensammlung", zum anderen, um Interpretationshilfen für die nachfolgenden Ergebnisse dieser Arbeit zu liefern.

Wegen der Vielzahl der Untersuchungsergebnisse erschien eine erneute Kommentierung der gewonnenen Daten im Literaturvergleich im nachfolgenden Kapitel als überladen und eher verwirrend; der Abschnitt 13 folgt daher im inneren Aufbau bei der Zusammenfassung der Literaturergebnisse den hauptsächlichen Fragenkomplexen der vorliegenden Arbeit.

Kapitel 14 versucht nun, nach Themenkomplexen (die den "Hauptfragestellungen" entsprechen) geordnet, entlang eines "roten Fadens" Antworten miteinander in Beziehung zu setzen und zu interpretieren; die "Blickrichtung" und damit Reihenfolge der Ergebnisse ist eine andere als in Kapitel 6 - 12.

Am Ende von Kapitel 14 wird (unter der Überschrift "Schlußfolgerungen") versucht, einige allgemeinere Aussagen zu formulieren in bezug auf die relevantesten Ergebnisse und daraus zwei Schlußfolgerungen zu ziehen.

Kapitel 15 schließlich liefert eine Zusammenfassung nur der wichtigsten Voraussetzungen und Ergebnisse dieser Arbeit.

5. Auswertungsumfang und Auswertbarkeit

Es folgen einige Zahlen zu den Rahmenbedingungen dieser Studie. Hier wie in den weiteren Abschnitten folgt der unterstrichenen thematischen Überschrift in der Regel ein Klammerausdruck, welcher auf die korrespondierende Stelle im Erhebungsbogen (siehe Anhang) verweist. (Buchstabe und Zahl verweisen auf die Originalerhebungsbögen, zwei durch Strich getrennte Zahlen geben die Position auf den rechnerisch abgeleiteten Datenbögen an).

Tab. 1: Erhebungszeitraum

Der Erhebungszeitraum beträgt 2 Jahre.
Erfaßt wurden alle Patienten, deren stationäre Aufnahme zwischen dem 01.04.1976 und dem 31.03.1978 erfolgte.

Der Anfangszeitpunkt war durch die Tatsache gegeben, daß erst ein halbes Jahr nach der Eröffnung der Station sich ein einheitliches Rahmenkonzept herausgebildet und in einer anschließenden halbjährigen Übergangsfrist durchgesetzt hatte, das unter annähernd gleichen äußeren Bedingungen eine vergleichende Auswertung ermöglicht.
Der Endzeitpunkt wurde durch den (durch Beruf des Referenten) bedingten Abschluß der Datenerhebung im Juli 1979 festgesetzt.

Tab. 2: Untersuchte Patienten

Innerhalb des Erhebungszeitraums wurden 271 Patienten aufgenommen.
Sie verteilten sich auf 25 Gruppen mit 7 - 13 Mitgliedern pro Gruppe (Durchschnitt: 10,8).

Dabei kommt die niedrige untere Zahl von 7 Patienten dadurch zustande, daß während einer Übergangszeit noch ein Teil der stationären Patienten gemeinsam in eine der 2 stattfindenden offenen Nachsorgegruppen entlassen wurden.

Tab. 3: Zeitliche Verteilung der Aufnahme

Von 252 Patienten (zur Zahl s. u.) wurden aufgenommen im Zeitraum:

01.04.1976 - 30.06.1976	37	(15 %)
01.07.1976 - 31.12.1976	53	(21 %)
01.01.1977 - 30.06.1977	86	(34 %)
01.07.1977 - 31.12.1977	58	(23 %)
01.01.1978 - 31.03.1978	18	(7 %)

Die recht großen Schwankungen der Aufnahmezahlen entstehen (neben den unterschiedlichen Intervallen) durch die geringe Anzahl der Aufnahmetermine je Halbjahr; weiter zu Buche schlägt auch die Verlängerung der stationären Therapie von 4 auf 6 Wochen ab November 1977.

Es folgt eine Übersicht über die Vollständigkeit der Patientenprotokolle. Diese Einschätzung ist nicht ganz frei von subjektiven Momenten, wenn z. B. aus der Gewissenhaftigkeit eines Verlaufsprotokoll rückgeschlossen wird, daß auch nichts Wesentliches vergessen wurde.

Eine gute Überprüfung der Aufzeichnungen war möglich durch die Tatsache, daß über jeden Patienten und jedes Ereignis in den meisten Gruppen doppelt Buch geführt wurde; dabei wurde beim Vergleich der Quellen keine einzige Unstimmigkeit festgestellt (!).

In einigen Gruppen wurde nur summarisch Protokoll geführt, d. h. nicht jeder Gruppentreff wurde einzeln fest-

gehalten, sondern nur wichtige Ereignisse wie Rückfall oder Intervention wurden notiert, nicht hingegen Äußerungen des Patienten.

Überraschend gut ließen sich alle Aufzeichnungen über die Patienten einer von 4 Kategorien zuordnen:

Tab. 4: Auswertbarkeit der Aufzeichnungen (A 69)

Kategorie I:	219	Aufzeichnungen waren ohne Einschränkung vollständig und umfassend auswertbar.
Kategorie II:	33	Aufzeichnungen waren zwar gut geführt, enthielten aber (gut abgrenzbare) Lücken in den Angaben oder waren unvollständig in der Beschreibung von Begleitumständen.
Kategorie III:	11	Aufzeichnungen enthielten vollständig nur alle Daten zur Person des Patienten, der Verlauf war hingegen nicht mit Sicherheit zu rekonstruieren.
Kategorie IV:	8	Namen und Aufnahmedaten von Patienten, über deren weiteres Schicksal nichts eruiert werden konnte.

In die allgemeine Auswertung wurden nur die Kategorien I und II einbezogen, also die Daten von 252 Patienten; zu Einzelfragen auch jene von Kategorie III und IV. Wegen fehlender oder auch zusätzlich bekannter Daten weicht die Zahl der in eine Betrachtung eingehenden Personen teilweise von 252 ab. In diesem Fall ist am Ende der jeweiligen Tabelle hinter dem Buchstaben "Z" die genaue Grundgesamtheit (= "Zahl" der Personen) angegeben. Erfolgt keine Angabe beträgt also Z = 252).

Zur obigen Tab. 4: Obwohl kein Vermerk gefunden wurde, dürfte es sich bei den Patienten der Kategorie IV sowie einem Teil von Kategorie III um jene handeln, die nach Abschluß des stationären Therapieteils kein einziges Mal zum ambulenten Treff erschienen und über die demnach kein Protokollblatt angelegt wurde.

Zum Abschluß ein Überblick (Tab. 5) zum Umfang der Einzelerhebungen (Einzelheiten und Erklärungen folgen in späteren Kapiteln):

Tab. 5: Einzelauswertungen

Es wurden ausgewertet:

271	Erhebungsbögen	zu	Personendaten	(A)
689	"	zur	Verlaufskontrolle	(B)
201	"	zum	Gruppenverhalten	(C)
176	"	zum	Trinkverhalten	(D)
31	"	zu	"Alternativphasen"	(E)
366	"	zum	Kontaktverhalten	(F)
1.734	Erhebungsbögen insgesamt			

6. Allgemeine Daten der Patienten

Einige persönliche Daten der Patienten im tabellarischen Überblick sollen vor allem zeigen, daß bei der Aufnahme keine Auswahl nach sozialen Kriterien erfolgte und damit die untersuchte Grundgesamtheit als "repräsentativ" angesehen werden kann.

Tab. 6: Persönliche Daten bei der Aufnahme

Geschlecht: (A 31)	männlich:	213 (78 %)	
	weiblich:	58 (22 %)	(Z = 271)
Alter bei Aufnahme: (1 - 06)	unter 20:	6 (3 %)	
	20 - 29:	47 (18 %)	
	30 - 39:	83 (32 %)	
	40 - 49:	86 (34 %)	
	50 - 59:	21 (9 %)	Mittel:
	60 - 69:	6 (3 %)	38 Jahre
	70 - 79:	3 (1 %)	(Z = 252)
Ausbildung: (A 32)	Hauptschulabschluß ohne Lehre:	101 (39 %)	
	Facharb., Geselle, mittl. Laufb.:	130 (50 %)	
	mittl. Reife, Fachsch., höh. Laufb.:	13 (5 %)	
	Fachhochsch., Abitur, gehob. Laufb.:	5 (2 %)	
	Universitätsabschluß:	9 (4 %)	(Z = 258)

(Forts. Tab. 6)

Berufstätigkeit: (A 33) (Z = 262)	in abhängiger Stellung:	187	(71 %)
	arbeitslos:	35	(13 %)
	versorgtes Familienmitglied:	14	(5 %)
	noch in Ausbildung:	9	(4 %)
	Rentner:	9	(4 %)
	selbständig tätig:	7	(3 %)
	selbständiger Landwirt:	1	(0 %)
Stand: (A 34) (Z = 258)	verheiratet:	168	(64 %)
	ledig:	54	(21 %)
	geschieden:	27	(11 %)
	verwitwet:	9	(4 %)
Wohnsitz: (A 35) (Z = 261)	außerhalb Tübingens:	226	(87 %)
	innerhalb Tübingens:	35	(13 %)
Telefonbesitz: (A 36) (Z = 260)	Telefon vorhanden:	148	(57 %)
	kein Telefonbesitz:	112	(43 %)
Überweisung: (A 37) (Z = 227)	Hausarzt/Poliklinik:	112	(49 %)
	eigener Entschluß:	63	(28 %)
	Nervenklinik (and. Station):	36	(16 %)
	andere Klinik:	9	(4 %)
	Beratungsstelle:	5	(2 %)
	Nervenfacharzt:	2	(1 %)

7. Nachsorgeangebot und Teilnahmedauer

In diesem Abschnitt soll, um den zeitlichen Rahmen der Nachsorge als Hintergrund der nachfolgenden Kapitel etwas genauer nachzuzeichnen, auf 4 Teilaspekte näher eingegangen werden.

Diese sind: Die Zeit des Nachsorgeangebotes, die Dauer der Gruppenteilnahme, Art und Zeitpunkt des letzten Kontaktes zwischen Klinik und Patient, schließlich eine Übersicht über Zeiten und Gründe, welche den Patienten an der Teilnahme hinderten.

7.1 Nachsorgeangebot

Vom Konzept her besteht ein Therapieangebot (und Verpflichtung) in Form der ambulanten Gruppen von einem Jahr;

mit Ausnahme jener Übergangsregelung, welche als ausreichende Nachsorge die sechsmonatige Teilnahme an einer sog. "offenen" Gruppe ansah.

Das reale Nachsorgeangebot war bedeutend kürzer. Dies war darauf zurückzuführen, daß eine Anzahl Gruppen bereits vor dem geplanten Ende ihre Treffen einstellten, weil schwindende Teilnehmerzahlen eine Fortsetzung nicht sinnvoll machten. Umgekehrt hatte dies den Effekt, daß die vertraute Gruppe nun auch den Therapiewilligen nicht mehr zur Verfügung stand. (Die Möglichkeit eines Wechsels in eine andere Gruppe nahmen nur 2 Patienten wahr.)

Die folgenden Tabellen sind personenbezogen (d. h. sie geben die Zahl der Patienten an, für die das Nachsorgeangebot bestand); zur Berechnung des Mittelwertes wurden für die offenen Gruppen 25 Wochen Nachsorgeangebot angesetzt.

Tab. 7: Länge des Nachsorgeangebotes (A 40)

0 - 9 Wochen:	0	(0 %)	30 - 39 Wochen:	32	(12 %)
10 - 19 Wochen:	14	(6 %)	40 - 49 Wochen:	29	(12 %)
20 - 29 Wochen:	32	(12 %)	50 - 59 Wochen:	116	(46 %)
keine feste Gruppe:	29	(12 %)			

Mittelwert: 39 Wochen

Da einige Gruppen (wegen Ferienterminen u. ä.) auch regulär bisweilen nur 11 Monate oder noch kürzer liefen, gibt die nachfolgende Übersicht eine korrigierende Zusatzinformation:

Tab. 8: Ende der Nachsorgegruppe

wie geplant:	149	(59 %)
vorzeitig:	74	(29 %)
keine feste Gruppe:	29	(12 %)

Die Auswertung ist wiederum patientenbezogen und gibt an, daß 71 % der Patienten die Möglichkeit der vorher vereinbarten Nachsorge auch wirklich geboten werden konnte.

7.2 Teilnahme am Nachsorgeangebot

Mit der "Teilnahmedauer" ist diejenige Woche gemeint (gerechnet vom Beginn der ambulanten Therapie), in welcher der Patient zum letzten Mal an einer Gruppensitzung teilnimmt.

Diese Definition mag etwas willkürlich erscheinen, sagt sie doch wenig aus über die Intensität der wirklichen "Teilnahme" (d. h. wie oft der Patient bei vorherigen Treffen gefehlt hat). Auch muß der Kontakt zur Klinik nicht mit dem letzten Treffen abreißen; spätere Besuche, Anrufe können die Verbindung über das Verlassen der Gruppe hinaus fortsetzen (s. u.).

Trotzdem stellt der Zeitpunkt des endgültigen Verlassens der Nachsorgegruppe einen psychischen und faktischen Einschnitt dar; Patient und Klinik sind nicht mehr durch den ausgehandelten Therapierahmen miteinander verbunden (und darin unterscheidet sich das endgültige Fernbleiben von zwischenzeitlichem "Fehlen" an Gruppensitzungen).

Die Antwort auf die Teilnahmedauer soll aus 3 Blickwinkeln erfolgen:

Tab. 9: Dauer der Teilnahme an der Nachsorge (A 44)

0 - 9 Wochen:	59 (23 %)	30 - 39 Wochen:	20 (7 %)
10 - 19 Wochen:	46 (18 %)	40 - 49 Wochen:	24 (9 %)
20 - 29 Wochen:	35 (14 %)	50 - 59 Wochen:	68 (27 %)

Mittelwert: 27 Wochen

Wie oben ausgeführt ist die Teilnahmedauer allein nicht ausreichend zur Beschreibung, da sie das Nachsorgeangebot außer Betracht läßt. Dem soll die nächste Tabelle abhelfen:

Tab. 10: Differenz zwischen Teilnahmedauer und Nachsorgeangebot (A 46)

50 - 59 Wochen:	4	(2 %)	20 - 29 Wochen: 22 (9 %)
40 - 49 Wochen:	21	(8 %)	10 - 19 Wochen: 16 (6 %)
30 - 39 Wochen:	19	(8 %)	1 - 9 Wochen: 60 (23 %)
			0 Wochen: 110 (44 %)

Mittelwert: 12 Wochen

Mittelwert nur der Abbrecher: 21 Wochen

Einen summarischen Überblick liefert schließlich die dritte Tabelle:

Tab. 11: Teilnahme bis Abschluß der Nachsorgegruppe (A 43)

Volle Teilnahme in einer "regulären" Gruppe:	102	(41 %)
Volle Teilnahme in einer "offenen" Gruppe:	6	(2 %)
Wechsel in neue Gruppe nach vorzeitigem Ende der alten:	2	(1 %)
Vorzeitiges Ausscheiden aus "regulärer" Gruppe:	121	(48 %)
Vorzeitiges Ausscheiden aus "offener" Gruppe:	21	(8 %)

44 % der Patienten haben somit ihre Zusage erfüllt, die ambulante Nachsorge bis zum Abschluß durchzuführen.

7.3 Letzter Informationsaustausch zwischen Klinik und Patient

Wie in 7.2 bereits erwähnt, bedeutet ein Verlassen der ambulanten Gruppe nicht notwendig auch ein Abreißen des Informationsaustausches zwischen Klinik und Patient.

Die folgende Tabelle macht diesen Unterschied deutlich; bis zum "letzten Gespräch" (dieses kann auch in der Gruppe stattgefunden haben!) dauert es im Schnitt 31 Wochen; 4 Wochen länger, als die mittlere Teilnahmedauer beträgt.

Tab. 12: Zeitpunkt des letzten Informationsaustausches (A 49)

0 - 9. Woche:	31	40 - 49. Woche:	26
10 - 19. Woche:	56	50 - 59. Woche:	71
20 - 29. Woche:	34	60 - 69. Woche:	1
30 - 39. Woche:	33		

Mittelwert: 31 Wochen

Auffallend, daß wohl die 10. - 19. Woche kritisch für das Abreißen der Kommunikation zur Klinik sind.

Die Frage, "wo" denn diese letzte Kommunikation stattfindet, beantwortet die nächste Tabelle; immerhin 42 % haben die Gruppe regulär zu Ende geführt; auffallend hoch erscheinen die Prozentsätze, wo auf Initiative seitens des Patienten keine Antwort der Klinik mehr erfolgt.

Tab. 13: Umstand des letzten Informationsaustauschs (A 48)

In der Gruppe, Gruppe abgeschlossen:	106	(42 %)
In der Gruppe, Gruppe vorzeitig verlassen:	71	(28 %)
Bei einer ambulanten Intervention:	50	(20 %)
Bei Initiative von Patienten oder Angehörigen:	16	(6 %)
Bei einer stationären Wiederaufnahme:	4	(2 %)
Bei Vermittlung durch Mitpatienten:	3	(1 %)
Über offizielle Institution (z. B. PLK):	1	(1 %)
Zufälliges Treffen auf der Station (!):	1	

7.4 Gründe für das Beenden der Therapie

Ursachen für das Verlassen der Gruppen können einmal in der Person des Patienten liegen (sog. "subjektiver Grund"), sie können aber auch in Umständen liegen, die der Patient nicht (direkt und willentlich) zu vertreten hat (sog. "äußerer Grund").

In der nachfolgenden Übersicht wird der Versuch unternommen, von Patienten geäußerte Gründe einigen "Hauptmustern" zuzuordnen, was überraschend gut gelang. Nur ganz wenige Begründungen waren nicht in diese Hauptmuster einzuordnen. Naturgemäß spielt der Alkohol eine große Rolle und wird erwähnt. Die Aussagen werden zu drei verschiedenen Zeitpunkten protokolliert.

Der Grund dieser differenzierten Aufstellung liegt darin, daß es nicht möglich ist, zu einem chronologischen Zeitpunkt (z. B. 1 Jahr nach Beginn der ambulanten Gruppe) die gewünschten Daten zu erhalten. Die Bevorzugung eines "Schlüsselzeitpunktes" (s. o.) ist sehr subjektiv, jeder hat Nachteile (so stört bei frühen Zeitpunkten wie

dem Ausscheidetermin die starke zeitliche Streuung, zu späteren Zeitpunkten, die auch aussagekräftiger über den Verlauf wären, fehlen öfter die Daten). So werden drei Schlüsselzeitpunkte nebeneinander gestellt, woraus auch etwas über die Reliabilität der Daten abgelesen werden kann (man bemerke, daß oftmals die Zeitpunkte zusammenfallen, wenn z. B. der letzte Informationsaustausch beim Ausscheiden aus der Gruppe stattfand, oder dieses sogar mit dem offiziellen Ende der Gruppe zusammenfiel!). Insgesamt unterscheiden sich die Zahlen wenig, ein Hinweis auf die gute Reliabilität der von der Klinik geführten Verlaufsbögen.

Tab. 14: Subjektiver Grund für endgültiges Verlassen der Gruppe zu unterschiedlichen Zeitpunkten (A 53, A 56, A 59)

	bei endg. Aussch.		bei letztem Info-Austausch		bei regul. Gruppen-Ende	
Gruppe sei nicht lohnend (Pat. abst.)	36		35		8	
Der Weg sei zu weit (Pat. abst.)	9	52	8	50	3	11
Pat. gibt bessere Alternative an, ist abst.	7		7		0	
Pat. will mäßig trinken, ist rückf.	31		32		18	
Pat. fürchtet Gruppenkritik wegen Rückf.	14	48	16	51	6	25
Pat. will allein abst. werden bei Rückf.	3		3		1	
anderer Grund/nicht einzuordnen	4		4		1	
Summe der subjektiven Gründe	104		105		37	
Äußerer Grund vorliegend	31		31		31	
Gruppe regulär beendet	110		110		110	
Grund/Trinkverhalten unbekannt	7		6		74	

Für jene 31 Patienten, die die Therapie aus nicht selbst zu vertretenden Ursachen vorzeitig abbrechen mußten, waren folgende Gründe maßgeblich:

Tab. 15: Äußerer Grund für endgültiges Verlassen der Gruppe (E 11)

Umzug (aus dem Einzugsbereich der Klinik:	3
Zwangseinweisung in Psychiatr. Landeskrankenhaus:	7
Antritt einer Halbjahreskur:	5
Suicid:	3
Überweisung zur Drogenhilfe (bei jungen Patienten):	2
Gefängnisaufenthalt:	1

Im Durchschnitt aller Patienten entfielen auf diesen Zeitraum, in welchem Nachsorgeangebot zur Verfügung stand, aber aus "äußerem Grund" nicht genutzt werden konnte, 2 Wochen (1 - 67). (Diese Angabe dient mehr dazu, statistische Angaben an anderer Stelle zu vervollkommnen.)

8. Kontakte zwischen Klinik und Patient

Unter "Kontakt" wird verstanden jeder Informationsaustausch zwischen Klinik und Patient außerhalb der regulären wöchentlichen Gruppentreffen.

Vertreter der Klinik ist in der Regel ein Therapeut, es kann sich aber z. B. auch um einen Mitpatienten handeln, der im Auftrag der Gruppe einen Kollegen daheim besucht. Statt des Patienten können auch Angehörige oder Freunde Ansprechpartner sein.

Der Kontakt kann persönlich erfolgen (Besuch, Anruf) oder unpersönlich durch einen Brief.

Kontakte können ausgehen von der Klinik (sog. "Interventionen") oder von seiten des Patienten (sog. "Patienteninitiativen"). Neben jenen Fällen, wo ein Patient daheim besucht, angerufen oder angeschrieben wird (sog. "ambulante Interventionen"), werden zu den Interventionen auch gerechnet die kurzfristigen Wiederaufnahmen (sog. "stationäre Interventionen"). Ein Kontakt kann also ein Brief sein (der eventuell nie beantwortet wurde) bis hin zu einer mehrtägigen (in wenigen Ausnahmen mehrwöchigen) erneuten Klinikaufnahme.

Grund für die Wahl eines so umfassenden "Kontakt"-Begriffes war das der Untersuchung zugrunde liegende Modell: zeitabhängigen Verlaufsvariablen (Trinkverhalten, Gruppenteilnahme) stehen (zeit-) punktuelle Einwirkungen (eben die "Kontakte") gegenüber, deren Einfluß auf eine Änderung der Verlaufsvariablen Gegenstand der Untersuchung ist. In einem zweiten Schritt können dann die unterschiedlichen Kontakte differenziert werden.

Wie schon erwähnt, werden "Kriseninterventionen" nicht gesondert von "Interventionen im Nicht-Krisenfall" unterschieden; zu ihrer Heraustrennung gibt es keine genügend scharfen Kriterien. Ein kleinerer Teil der ambulanten Interventionen sowie der größte Teil der stationären Interventionen ist sicher als "Intervention bei einer Krise" verstehbar; genaueres Zahlenmaterial ergeben jene Statistiken, die die Beweggründe zu einer Intervention untersuchen.

Es folgen zunächst einige Übersichtsstatistiken zur Differenzierung der Kontakte.

Tab. 16: Verteilung der Kontakte auf ambulanten und stationären Bereich und Initiator (F 9)

Ambulante Intervention (AI):	224	(61 %)
Stationäre Intervention (SI):	50	(14 %)
Patienteninitiative (PI):	92	(25 %)

Insgesamt verteilten sich 366 Kontakte auf 128 Patienten, das sind im Mittel 2,9 Kontakte/betroffener Patient.

Bei ambulanten Interventionen interessiert weiterhin die Art ihrer Vermittlung:

Tab. 17: Verteilung der ambulanten Intervention auf unterschiedliche Medien und erreichte Ansprechpartner (F 37)

Brief:	62
Anruf (Patient erreicht):	56
Hausbesuch (Patient angetroffen):	52
Hausbesuch (Angeh./Nachbarn angetroffen):	20
Anruf (Angehörige erreicht):	19

(Forts. Tab. 17)

Hausbesuch (vergeblich, niemanden angetroffen):	13
Hausbesuch (hinterlassene Nachricht wurde später gefunden):	2
Briefe (insgesamt):	62
Anrufe (insgesamt):	75
Hausbesuche (insgesamt): (davon 74 unter Erreichung eines Ansprechpartners)	87

Interessant ist weiterhin, daß in 24 Fällen (11 %) die ambulante Intervention durch eine vorhergehende Patienteninitiative initiiert wurde (13 durch Angehörige, 5 durch Patienten selbst, der Rest durch Bekannte/Mitpatienten) (F 41) und daß in 26 Fällen durch die AI eine Patienteninitiative ausgelöst wird (16 durch Patienten selbst, 10 durch Angehörige) (F 44).

Die stationären Interventionen verteilen sich wie folgt (dabei wird unterschieden zwischen einer Wiederaufnahme (WA) direkt auf die Spezialstation, einer Wiedereinweisung (WE) auf eine andere Station der Klinik, einer "stationären Betreuung" (SB) (damit ist gemeint, daß der Patient eine kurze Zeit regelmäßig (täglich) auf der Station zu Gesprächen (und evtl. Therapieteilnahme) erscheint, aber daheim schläft) und schließlich der klinischen Entgiftung (KE) ohne jede weitergehende Therapie.

Tab. 18: Verteilung der stationären Interventionen auf unterschiedliche Möglichkeiten (F 49)

WA (Wiederaufnahme auf B 6):	31
WE (Wiedereinweisung auf geschlossene Stat.):	11
WE mit anschließender WA:	1
SB (stationäre Betreuung):	6
KE (klinische Entgiftung):	1

Die stationäre Intervention versteht sich als "Anstoß" zu einer Verhaltensänderung, die eigentliche Konsolidierung soll anschließend wieder in der ambulanten

Gruppe stattfinden; entsprechend ist die Intervention in der Regel (aber nicht verpflichtend) auf 4 Tage begrenzt. Die folgende Tabelle zeigt, daß dieser Vorsatz recht gut eingehalten wird:

Tab. 19: Dauer der stationären Intervention (F 51)

Dauer der SI in Tagen:	1	2	3	4	über 4 Tage
Anzahl der SI:	3	4	8	28	7

Bei den Kontaktaufnahmen seitens des Patienten (den Patienteninitiativen) interessieren zum einen der Initiator (ist es der Patient selbst oder ein Angehöriger), zum zweiten das Medium des Kontaktes (wird eher zum Telefon gegriffen oder gleich ein Besuch in der Klinik bevorzugt).

Zum Initiator in der folgenden Tabelle noch eine Anmerkung: "Offizielle Stelle" beinhaltet Institutionen wie die Bahnpolizei oder eine auswärtige psychiatrische Ambulanz, 2 Patienten wurden vom Klinikpersonal zufällig auf der Straße wiedergetroffen.

Tab. 20: Initiator der Patienteninitiative (F 66)

Patient selbst:	41
Angehörige:	33
Mitpatienten:	8
Freund/Bekannte:	4
Offizielle Stelle:	4
Zufälliges Treffen:	2

Die nächste Übersicht zeigt das Telefon als bevorzugten Vermittlungsweg einer Patienteninitiative; nur in Ausnahmefällen werden andere Mitmenschen als "Boten" gebraucht.

Tab. 21: Vermittlungsweg der Patienteninitiative (F 67)

Schreiben:	8	Mitpatient (geschickt):	8
Anruf:	60	Angehöriger (geschickt):	1
Besuch auf Station:	14	unbekannt:	1

Auf die näheren Umstände der Kontakte soll in den entsprechenden Kapiteln zu Gruppen- und Trinkverhalten näher eingegangen werden.

Zum Schluß dieses Abschnitts soll eine Übersichtstabelle noch eine patientenorientierte Darstellung der Kontakte geben.

Sie vermittelt ein Bild davon, wie sich Bemühungen seitens der Klinik auf einzelne Patienten verteilten oder von diesen initiiert wurden. (Dabei gibt die letzte Spalte ("gewichtete Summe") die Gesamtzahl der Kontakte der entsprechenden Zeile an.)

Tab. 22: Patientenorientierte Übersicht der stattgehabten Kontakte/Art und Häufigkeit (A 15, F 9, F 37, F 49, F 66, 3 -29/31,3- 46/63)

Art des Kontakts / Anzahl d. Kontakte	0x	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	gewicht. Summe
Ambulante Interventionen:	145	49	27	17	9	3	2	1	224/61 %
Briefe:		34	7	3	1				61
Telefonische Anrufe:		27	7	2	2				56
Hausbesuche (Pat.angetr.):		32	8	1					52
Anrufe (Angeh. erreicht):		12	2	1					19
Hausbes. (Angeh. angetr.):		18	1						20
Hausbes. (Zettel hinterl.):		2							2
Hausbes. (vergeblich):		9	2						13
Stationäre Interventionen:	217	24	6	2	2				50/14 %
Wiederaufn. auf Stat.:		21	5						31
Einweis. geschl. Stat.:		6	2	1					13
Geschl.Stat./Wiederaufn.:		1							1
Stationäre Betreuung:		4	1						6
Initiative seitens des Patienten:	196	34	14	4	2	2			92/25 %
Init. des Pat. selbst		22	5	3					41
Init. von Angeh.		17	4	1		1			33
Init. von Freunden des Patienten:		4							4
Init. v. Mitpatienten:		8							8
Init. einer offiz. Inst.:		2	1						4
zufälliges Treffen		2							2
Kontakte insgesamt:	124	38	38	20	12	5	8	9	366

9. Gruppenteilnahme

In Abschnitt 7.2 wurde die Dauer der Inanspruchnahme des Nachsorgeangebots, oder - was dasselbe ist - der zeitliche Verlauf der Abbruchquote untersucht. Der Zeitpunkt des endgültigen Verlassens der Gruppe läßt sich dabei im nachhinein eindeutig festlegen.

Nun gibt es Gründe, die Gruppenteilnahme noch von einem anderen Aspekt her zu beleuchten:

1. Viele Patienten nehmen nicht regelmäßig an den Gruppensitzungen teil; sie fehlen unterschiedlich häufig und verschieden lange.
2. Während die Gruppe besteht, hat jeder Patient die Möglichkeit, auch nach längerem Fernbleiben wieder an ihr teilzunehmen; auch wenn er seinen "Austritt" angekündigt hat, mögen neue Situationen (z. B. ein Rückfall) eine Rückkehr rechtfertigen (es sei denn, es liegt ein sog. "äußerer Grund" vor, wie z. B. ein Umzug).
3. Es ist vor allem von seiten der Klinik oft unsicher, ob ein Fernbleiben von der Gruppe nun als endgültiger "Abbruch" zu werten ist, oder ob der Patient wiederkommt; in seltenen Fällen weiß das der Patient auch nicht sicher zu sagen - und erst nach Abschluß der Gruppe ist man klüger.

Diese Überlegungen bieten an, neben dem Zeitpunkt des "Abbruchs" auch die Zeiten des "Fehlens" (oder "Fernbleibens) nach Länge und Häufigkeit zu betrachten, und zwar unabhängig davon, ob das Fehlen sich nun während der Therapieteilnahme ereignete (d. h. daß der Patient wieder zum Gruppentreffen erschien), oder ob aus dem Fehlen dann auch das endgültige "Abbrechen" wurde.

"Fehlen" ist, so lange die Gruppe noch besteht (und nur so lange wird im folgenden die "Fehlzeit" oder "Abwesenheitsphase" auch gerechnet), immer Ausdruck eines Konflikts: Der Patient lehnt den Gruppenbesuch ab oder

ist zumindest nicht genügend dazu motiviert, außerdem bricht er damit den zu Beginn der Behandlung abgeschlossenen Therapievertrag. Da ein therapeutisches (Zwischen-) Ziel die Gruppenteilnahme darstellt, bedeutet jedes Fehlen, auch unabhängig von der Annahme einer "Krise", das Aufwerfen der Frage nach einer Intervention.

Zur Definition: als (einmaliges) "Fehlen" oder als "Fehlphase" bezeichnet wird ein Zeitraum zusammenhängenden Fernbleibens von der Gruppe. Nicht als "Fehlen" in diesem Sinne wurde gewertet, wenn der Patient eine glaubhafte und nachprüfbare Entschuldigung für sein vorübergehendes Fernbleiben angab und danach auch wieder an der Gruppe teilnahm. Diese Abgrenzung war in allen Fällen gut möglich.

Es folgen zwei patientenorientierte Tabellen über Gesamtfehldauer (= Aufaddierung der Dauer aller Fehlzeiten eines Patienten) und Häufigkeit des Fehlens (= Anzahl der Fehlzeiten eines Patienten):

Tab. 23: Gesamtfehldauer der Patienten (2 - 47)

1 - 9 Wochen:	22	30 - 39 Wochen:	24
10 - 19 Wochen:	30	40 - 49 Wochen:	31
20 - 29 Wochen:	19	50 - 59 Wochen:	9
0 Wochen:	117		

Mittelwert: 15 Wochen

Vergleicht man den Mittelwert von 15 Wochen mit jenen 12 Wochen in Tabelle 10 (Differenz Gruppenteilnahme - Gruppenangebot) und zieht man noch jene 2 Wochen, die durchschnittlich für äußere Gründe in Betracht kommen (Tab.15) ab, so fehlt während der Zeit der Teilnahmemöglichkeit am Therapieangebot jeder Patient im Durchschnitt 5 Wochen.

Die nun folgende Häufigkeit des Fehlens ist ein Maß für die Stabilität der Gruppenteilnahme, aber auch für die Möglichkeiten der therapeutischen Intervention - nur

wo sich etwas ändert, hat vielleicht auch die Intervention etwas dazu beigetragen. Dabei zeigt sich, daß nur eine Minderheit (42 Patienten) nach einem Fernbleiben nochmals in die Gruppe zurückkehren; für die große Mehrheit (93 Patienten) ist das erste Fehlen gleichbedeutend mit dem endgültigen Fernbleiben.

Tab. 24: Häufigkeit des Fehlens (A 9)

4-mal:	6	1-mal:	93
3-mal:	7	0-mal:	117
2-mal:	29		

Mittel: 0,78 mal

Nach diesen Tabellen mit zeitlichen Rahmendaten noch zwei zu den Begleitumständen, die vor allem im Hinblick auf Interventionen seitens der Klinik von Bedeutung sind.

Als Gründe für das Fernbleiben werden von den Patienten angegeben:

Tab. 25: Von Patienten genannte Gründe (C 30)

Rückfall, Pat. will mäßig weitertrinken:	44	87
Rückfall, Angst vor Blamage in Gruppe:	36	
Rückfall, Pat. will allein abst. werden:	7	
Pat. abst., die Gruppe sei ineffektiv:	57	80
Pat. abst., der Weg zur Gruppe sei zu weit:	12	
Pat. abst., gibt bessere Alternative an:	6	
Pat. abst., berufliche Erschwernisse:	5	
unbekannt:	34	

Außerdem ist interessant, ob der Patient sich vor dem Fehlen in der Gruppe dazu äußert und ob er trinkt:

Tab. 26: Trinkverhalten und Ankündigung des Patienten vor dem Fernbleiben (C 31)

Pat. macht keine Andeutungen, ist abstinent:	145	164
Pat. kündigt Fernbleiben an, ist abstinent:	19	
Pat. macht keine Andeutungen, ist rückfällig:	27	37
Pat. kündigt Fernbleiben an, ist rückfällig:	10	

Schließlich, soweit bekannt, das Trinkverhalten während seiner Abwesenheit:

Tab. 27: Das Trinkverhalten während der Abwesenheit (C 21)

Abstinenz:	81
einmaliger, beschränkter Alkoholgenuß:	11
regelmäßiger Alkoholgenuß ("kontrolliert"):	56
Kontrollverlust(e):	31
Folge von Rückfällen ohne Kontrollverlust:	5
unbekannt:	17

Diese Tabelle überschneidet sich zum Teil mit Tab. 25, ist aber bezüglich der Schwere des Rückfalls differenzierter.

10. Einfluß der Kontakte auf die Gruppenteilnahme

In Kapitel 8 wurden Häufigkeit und Zustandekommen von Kontakten generell untersucht (der Begriff des "Kontaktes" entspricht der in Kapitel 8 gegebenen Definition). In Kapitel 9 wurde ein Überblick über die Gruppenteilnahme vermittelt.

In diesem Abschnitt nun soll der Zusammenhang zwischen beiden betrachtet werden; wie sich die Kontakte speziell bei Abwesenheit des Patienten darstellen (es gibt ja auch Kontakte, wenn der Patient an der Gruppe teilnimmt, aber z. B. akut rückfällig wird). Insbesondere soll der Frage nachgegangen werden, ob Kontakte einen positiven Einfluß auf die Gruppenteilnahme haben.

Vor der Darstellung der Ergebnisse noch drei Bemerkungen:

1. Aufgrund des vorliegenden Materials konnte zumeist nur dargestellt werden, "was wirklich geschah". Umstände (z. B. häusliche Probleme), die, individuell verschieden, oft einen großen Einfluß auf Entscheidungen und Verhalten hatten, konnten gerade wegen dieser Individualität oder wegen mangelnder Aufzeichnung nicht statistisch berücksichtigt werden; einzige Ausnahme ist die Frage der "Änderung der Gruppenmotivation durch den Kontakt", für die sich hinreichend

viele Vermerke in den Aufschrieben fanden; die Anzahl der unbekannten Fälle ist bei den folgenden Tabellen jeweils angegeben ("unklar") und bei Fragen nach der Motivation entsprechend hoch.

2. Die Frage des "Erfolges", d. h. der Wiederteilnahme nach einem Kontakt, ist sehr schwer methodisch einzufangen.

   In den vorliegenden Tabellen wurde die "lokale" Lösung gewählt. Das heißt, als Erfolg einer Intervention/eines Kontaktes wurde gewertet, wenn der Patient im Anschluß an und in inhaltlichem Zusammenhang mit einem Kontakt zu (mindestens) einer Gruppensitzung kam. Dieses Kriterium hat den Vorteil, daß es für alle Fälle eindeutig entschieden werden konnte.

   Die Frage des "langfristigen" Erfolges, d. h. ob der Patient bis Ende der Gruppe teilnahm oder der Einfluß auf sein langfristiges Trinkverhalten ist damit nicht beantwortet. Diese Antwort zu geben, ist aber aus methodischen Gründen nicht möglich, da jeder Einzelfall so individuell unterschiedlich sich weiterentwickelte, daß die Forderung nach einer homogenen Grundgesamtheit nicht gegeben war (wie soll sich z. B. der "Erfolg" auf einzelne Interventionen verteilen, wenn 4 Kontakte stattfanden? - Ist eine Intervention erfolgreicher, nach welcher der Patient erst nach 5 Treffen wieder die Gruppe verließ als eine solche, wo der Patient nur zu einem Treffen kam?).

   Ebenso konnten viele Begleitvariablen, obwohl von Interesse, nicht statistisch untersucht werden (z. B. die Frage "Welche Zeit verging zwischen dem Fernbleiben und der Intervention - und welchen Einfluß hatte dies auf den Erfolg der Intervention?"), da einfach diese Begleitumstände zu vielfältig waren, um zu genügend großen Gesamtheiten sinnvoll zusammengefaßt werden zu können.

3. Schließlich konnte aus demselben Grund die sehr interessante Frage nach dem vergleichenden Erfolg unterschiedlicher Interventionen (z. B. "Sind Initiativen seitens des Patienten oder von Angehörigen Interventionen seitens der Klinik überlegen?" oder "Sind Hausbesuche Telefonanrufen überlegen - und wie ist der Vergleich mit stationären Interventionen?"), aus mehreren Gründen nicht statistisch erfaßt werden:

   a) waren die zum Vergleich kommenden Gruppen zu klein, um noch sinnvoll gewichtet werden zu können,

   b) bildeten mehrere Kontakte oftmals eine inhaltliche Einheit (z. B. wenn aufgrund der Bemerkung eines Mitpatienten ein Telefongespräch mit einem Angehörigen stattfand, welchem ein Hausbesuch folgte mit anschließender Wiederaufnahme auf Station - welcher Kontakt war der maßgebende?);

   c) da nie geklärt werden kann, was ohne gerade diesen Kontakt sich ereignet hätte (z. B. "Wäre ein Hausbesuch durchgeführt worden, wenn nicht zuvor die Ehefrau des Patienten angerufen hätte?"), würden Vergleichsangaben ein völlig unbegründetes Erfolgsbild vortäuschen.

Nun zu den E r g e b n i s s e n :

Die erste Tabelle gibt an, von wem aus maßgeblich der erste Kontakt nach dem Fernbleiben des Patienten in der Gruppe initiiert wurde:

Tab. 28: Erster Initiator eines Kontaktes nach Fernbleiben des Patienten (C 32)

Kein Kontakt (keine Initiative) bekannt:	52
Kontakt (Initiative) ausgehend von	
Klinik:	105
Patient selbst:	21
Angehörige:	11
Mitpatienten:	5
öffentl. Einrichtungen:	3
zufälliges Treffen:	1
ungeklärt:	3

Betrachtet man jenen Zeitraum, den der Patient durchgängig der Gruppe fernbleibt, als eine Einheit ("Abwesenheitsphase"), unabhängig von ihrer Dauer, so interessieren Art und Häufigkeit der Kontakte, um den Patienten zur Wiederteilnahme zu bewegen. (Dieser Ansatz gibt auch psychologisch einen Sinn, weil der Zeitraum des "Fehlens" sowohl vom Patienten als auch von den Therapeuten als eine Einheit und Folge eines einheitlichen "Entschlusses" aufgefaßt wird.) Die nachfolgende Tabelle ist also "Abwesenheitsphasen-orientiert".

Tab. 29: Art und Häufigkeit von Kontakten während einzelner Abwesenheitsphasen (C 22 - C 27)

Art des Kontakts / Anzahl der Interventionen, bezogen auf Abwesenheitsphasen	0x	1x	2x	3x	4x	gewicht. Summe
Ambulante Interventionen:	74	80	26	11	10	205
Stationäre Interventionen:	183	15	3			21
Initiat. seitens Pat./Angeh.:	150	35	11	4	1	73

Interessiert hingegen die Frage, wie häufig welche Intervention insgesamt bei wie vielen Patienten während ihrer Abwesenheit stattfand (also alle "Abwesenheitsphasen" eines Patienten zusammenfaßt), so gibt die nächste Tabelle die Antwort. Man könnte sie als Maß dafür verstehen, welche "Anstrengungen" wer für die einzelnen fehlenden Patient unternommen hat.

Tab. 30: Art und Häufigkeit von Kontakten während aller Abwesenheitsphasen (2 - 55/2 - 57)

Art des Kontaktes / Anzahl der Interventionen während aller Abwesenheitsphasen je Patient:	0x	1x	2x	3x	4x	5x	6x	gewicht. Summe
Ambulante Interventionen:	39	46	25	17	9	2	2	205
Station. Inverventionen:	124	12	3	1				21
Init. seitens Pat./ Angehör.	94	29	9	6	2			73

Nach dieser Betrachtung der Verteilung der Kontakte sollen

nun deren Erfolge dargestellt werden. Dabei hat sich als interessant erwiesen, die Motivationsänderung (d. h. zum Beispiel, was hat der Patient vor einem Hausbesuch und während des Besuches über seine Bereitschaft zur Gruppenteilnahme geäußert) und die Änderung des wirklichen Verhaltens getrennt zu erheben und anschließend zu vergleichen (als Antwort auf die Frage, wie weit Willensbezeugungen vertraut werden kann).

Um das Bild zu vervollständigen, wurden jene Kontakte, die erfolgten, obwohl der Patient an der Gruppe teilgenommen hatte, mit in die Betrachtung einbezogen.

Bezüglich der Motivation sei zum Vergleich auf die Tabellen 25, 26 und 27 in Kapitel 9. verwiesen, die nähere Angaben zu Gründen des Fernbleibens und zum Zeitpunkt ihrer Mitteilung machen.

Die folgenden drei Tabellen sind patientenorientiert.

Tab. 31: Änderung der Gruppenmotivation durch Kontakte (F 27)

vor Kontakt: Pat. will	kommen	nicht kommen
nach Kontakt: Pat. will kommen:	48	54
nicht kommen:	2	156
Pat. ist anwesend vor und nach Kontakt:	42	
Motivation unklar:	61	

Tab. 32: Änderung des realen Gruppenverhaltens (Teilnahme) durch den Kontakt (F 28)

vor Kontakt: Pat ist	anwesend	abwesend
nach Kontakt: Pat. ist anwes.:	42	72
Pat. ist abwes.:	4	247
unklar: 3		

Tab. 33: Übereinstimmung von Motivation und Verhalten nach einem Kontakt (F 29)

Pat. will	kommen	nicht kommen
Pat. ist anwesend:	55	3
Pat. ist abwesend:	47	153
Patient ist vor und nach Kontakt anwesend:		42
unklar:		66

Interessant in obigen Tabellen ist, daß der "reale" Erfolg der Kontakte (d. h. der Prozentsatz derjenigen Kontakte, nach welchen der abwesende Patient anschließend wieder zur Gruppe kommt) den "versprochenen" Erfolg übersteigt. Bezüglich der Prognose einer positiven Willenserklärung ist keine eindeutige Antwort angebbar; etwa die Hälfte kommt wirklich, die andere Hälfte bleibt trotzdem fern (im umgekehrten Fall liegt die Sache eindeutig; nur drei Patienten nehmen wieder teil, obwohl sie dies eigentlich nicht wollten).

Eine letzte interessante - und aus dem vorliegenden Material auch beantwortbare - Frage ist die der Verteilung der "erfolgreichen 72 Kontakte" auf die einzelnen Patienten. Das heißt, wie oft konnte ein Patient bei Fehlen erfolgreich durch einen Kontakt davon überzeugt werden, daß Gruppenteilnahme für ihn das bessere ist? (Umgekehrt sagt diese Tabelle auch etwas über den langfristigen ("negativen") Erfolg aus: wenn ein Patient fünfmal zur Rückkehr in die Gruppe bewogen werden kann, muß diese viermal nur von kürzerer Dauer gewesen sein).

Die letzte Tabelle ist in ihrer summarischen Antwort also patientenbezogen:

Tab. 34: Änderung der Gruppenteilnahme als Kontaktfolge (3 - 40)

Insgesamt 146 Patienten kamen nach Abwesenheit durch einen Kontakt wieder zur Gruppe (bei insgesamt 72 erfolgreichen Kontakten):

nicht:	96	2-mal:	10	4-mal:	0
1-mal:	35	3-mal:	4	5-mal:	1

Damit sind, bezogen auf Patienten, 34 % der Kontaktbemühungen erfolgreich verlaufen.

11. Trinkverhalten

Parallel zur Gruppenteilnahme soll das Trinkverhalten aus drei unterschiedlichen Blickwinkeln her betrachtet werden. Dabei ist zu beachten, daß das Trinkverhalten nur so lange (einigermaßen) recherchierbar ist, so lange das Nachsorgeangebot besteht (und demzufolge z. B. Hausbesuche durchgeführt werden).

Einleitend soll eine Tabelle im Überblick das Trinkverhalten nach Abschluß der ambulanten Nachsorge darstellen. Diese Tabelle ist am ehesten so etwas wie eine "Erfolgsstatistik".

Anders als beim Gruppenverhalten ist man beim Trinkgeschehen oft auf Vermutungen angewiesen. Dabei stellt die Kategorisierung "vermutlich" den letztendlich subjektiven Versuch des Autors dar, unter Berücksichtigung aller Aufzeichnungen mit der Brille des damaligen Klinikteams zu einer gerechten Würdigung zu gelangen. Der Begriff "bestätigt kontrolliert" wurde verwendet, wenn der Patient selbst den kontrollierten Alkoholgenuß behauptete und dies von mindestens einer Bezugsperson aus dem näheren Umkreis ohne Vorbehalt bestätigt wurde (diese "Art" des Rückfalls wurde gesondert aufgeführt, weil das "kontrollierte Trinken" in den Argumentationen der Patienten einen großen Raum einnahm; außerdem, um den Vergleich mit der Literatur zu ermöglichen: einige Autoren werten "kontrolliertes Trinken" als Therapieerfolg (siehe Kapitel 13.).

Mit derselben Begründung wie in Tab. 14 erfolgt eine Protokollierung des Trinkverhaltens zu unterschiedlichen "Zeit"-Punkten.

Tab. 35: Trinkverhalten zu unterschiedlichen Zeitpunkten (A 54, A 57, A 60)

Trinkverhalten \ Zeitpunkt	bei endgültig. Ausscheiden		bei letztem Inform.Aust.		bei regul. Gruppenende	
sicher abstinent:	120	182 (72 %)	119	178 (71 %)	104	122 (48 %)
vermutlich abstinent:	62		59		18	
vermutlich rückfällig:	13	63 (25 %)	13	67 (26 %)	8	34 (14 %)
trinkt "bestätigt kontrolliert":	35		37		22	
ohne Einschränkung rückfällig:	15		17		4	
unbekannt:	7	(3 %)	7	(3 %)	96	(38 %)

Die ersten beiden Ergebnisse von über 70 % Abstinenten sind ermutigend, vergleicht man mit der Litaratur. Auch bei Gruppenende dürfte man auf keine wesentlich schlechtere Zahl kommen, wenn man berücksichtigt, daß nach den Ergebnissen in Kap. 9. etwa die Hälfte der Fernbleiber rückfällig ist und ein Teil von dieser Hälfte ja schon bekannt ist (in der Gruppe der "unbekannten" Schicksale dürften mehr Abstinente als Rückfällige sein). Interessant wäre ein Vergleich gerade der obigen Erfolgszahlen mit mehrjährigen Katamnesen.

Die folgenden Tabellen sollen dem Trinkverhalten während der ambulanten Nachsorge nachspüren, und zwar der Gesamtdauer der Rückfälligkeit wie der Häufigkeit der Rückfälle; dies unabhängig davon, ob der Patient an der Gruppe teilgenommen hat oder nicht.

Tab. 36: Gesamtdauer der Rückfallzeiten (3 - 05)

1 - 09 Wochen:	62	30 - 39 Wochen:	11
10 - 19 Wochen:	16	40 - 49 Wochen:	15
20 - 29 Wochen:	15	50 - 59 Wochen:	5
		nie:	128

Mittelwert: 9 Wochen

Mittelwert nur der Rückfälligen: 18 Wochen

Die Zeit der Rückfälligkeit beträgt also im Mittel 9 Wochen; da 128 Patienten (51 %) abstinent bleiben,

beträgt die mittlere Dauer des Rückfalls der wirklich Rückfälligen das Doppelte, 18 Wochen. Bei diesen Zahlen ist wieder zu beachten, daß eine Rückfallzeit nur so lange protokolliert wurde, wie die Nachsorgegruppe bestand (auch wenn der Patient nicht an ihr teilnahm).

Bei einer mittleren Nachsorgedauer von 39 Wochen und abzüglich knapp 2 Wochen für "äußere Umstände" (s. o., Tab. 15, während dieser zwei Wochen wurde das Trinkverhalten nicht protokolliert), ergibt sich eine mittlere Abstinenzzeit für alle Patienten von 28 Wochen (entspricht 72 %!) während der Nachsorgezeit.

Die letzte Tabelle (Tab. 37) gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Rückfälle. Als einzelner Rückfall wird dabei betrachtet ein Zeitraum wieder aufgenommenen Alkoholgenusses, der nicht von einem ernsthaften und zeitweise erfolgreichen Versuch erneuter Abstinenz unterbrochen wird (wobei der Patient selbst den Eindruck hat, er habe es wieder "geschafft").

Diese Definition sagt nichts über Schwere und Dauer eines Rückfalles aus; dieser kann aus dem einmaligen Essen einer Weinbrandbohne bestehen wie aus einer monatelangen, selbst von "Trockenphasen" ohne ernsthaften Abstinenzentschluß durchbrochenen Trinkphase. Diese Art der Definition ist nicht frei von Willkür, sie scheint aber dem subjektiven Erleben des Patienten, der diesen Rückfall als einzelne Niederlage empfindet, am meisten angepaßt zu sein.

Tab. 37: Anzahl der Rückfälle je Patient (1 - 52)

4-mal:	4	2-mal:	23		
3-mal:	8	1-mal:	90	nie:	128 (51 %)

Interessant ist hier wie auch beim Gruppenverhalten (Tab. 24), daß die meisten Patienten nur einmal rückfällig werden (und dann wohl auch bleiben); wieder ist es nur eine kleine Zahl, die entweder als labil oder als

die Kraft zur wiederholten Abstinenzerringung habend angesehen werden kann.

Da über 70 % der Patienten bei Nachsorgeende abstinent sind, aber nur gut 50 % nie rückfällig wurden, ist der Schluß erlaubt, daß etwa 20 % der Patienten (und damit 40 % der Rückfälligen) durch die ambulante Nachsorge zumindest zeitweise geholfen wurde. (In diesen Zahlen ist die Spontanremission von 10 - 15 % - siehe Literaturteil - und andererseits die Dunkelziffer der präventiven Rückfallverhinderung durch die Nachsorge nicht enthalten.)

Nach drei Tabellen, welche die "harten" Rahmenzahlen zu Rückfallhäufigkeit und -dauer lieferten, sollen die folgenden drei Tabellen subjektive Begleitumstände des Rückfalls transparenter machen, als da sind "Schwere des Rückfalls", "Subjektive Ursache des Rückfalls" und "Motivation bezüglich des Trinkens nach dem Rückfall".

Angaben zu diesen wichtigen Charakterisierungen der Rückfälle konnten nicht für alle Patienten den Unterlagen entnommen werden (da sie zumeist auch dem Klinikpersonal nicht zur Verfügung standen). Verschieden großen Raum nimmt demzufolge in den Tabellen die Rubrik "unklar" ein.

Tab. 38: Schwere des Rückfalls (D 11)

"versehentlicher" einmaliger Alkoholgenuß:	9
beabsichtigter einmaliger Alkoholgenuß ("probieren"):	43
regelmäßiger Alkoholgenuß ohne Excesse:	64
mindestens einmaliger Kontrollverlust:	51
Serie von Rückfällen (ohne Kontrollverlust):	7
unklar:	2

Tab. 39: Subjektive Ursache des Rückfalls (D 20)

Häufig angegebene Gründe:	
"aus Versehen" (z. B. "Weinessig im Salat"):	5
"verführt" (z. B. "bekam Weinbrandbohne angeboten"):	9
ausprobieren ("sehen, wie es schmeckt")	11
vorsätzlich ("sehen, ob ich mäßig trinken kann"):	35
"unbewußt" ("plötzlich fand ich mich in der Kneipe wieder"):	5
resigniert ("mir war alles egal"):	10
akuter Konflikt ("ich hatte mich geärgert"):	41
unklar:	60

Tab. 40: Motivation bezüglich Trinken nach dem Rückfall (D 21)

Patient will abstinent werden:	108
Patient will (mäßig) weitertrinken:	44
Patient hat resigniert ("alles egal"):	8
unklar:	16

Die Aussagen der obigen Tabellen sprechen für sich. Zu ihnen sollte rückgeblättert werden, wenn im folgenden Kapitel Umstände und Einfluß der Kontakte auf das Trinkverhalten untersucht werden.

Ehe dies geschieht, soll zur weiteren besseren Hintergrundinformation auf den nächsten Seiten noch der Zusammenhang von Trinkverhalten und Gruppenteilnahme beleuchtet werden.

11.1 Zusammenhang von Gruppenteilnahme und Trinkverhalten

In Tab. 26 und 27 wurde bereits das Trinkverhalten als Begleitumstand des Fernbleibens untersucht.

Nun soll umgekehrt in drei Tabellen die Gruppenteilnahme in Abhängigkeit vom Rückfall dargestellt werden. Diesen Zusammenhang zu wissen ist wichtig, da ja mit Interventionen in der Regel nicht auf einen Rückfall reagiert wird (da dieser entweder nicht bekannt ist oder es erst bei der nächsten Gruppensitzung wird), sondern meist erst auf das nachfolgende Fernbleiben.

Im Anschluß daran soll noch das zeitliche Zusammenfallen von Rückfall und Fernbleiben von der Gruppe in zwei Tabellen dargestellt werden.

Die folgende Tabelle überrascht damit, daß 87 % in der Gruppe rückfällig werden:

Tab. 41: Anwesenheit in der Gruppe vor dem Rückfall (D 24)

bisher anwesend:	153	schon vor dem Rückfall gefehlt:	23

Nach dem Rückfall sind es dann nur noch 68 % (beim ersten Treff) bzw. 59 % (beim zweiten Treff), die an der Nachsorge teilnehmen (Tab. 42). Die folgende Tabelle zeigt darüber hinaus eine recht große Stabilität bzwischen 1. und 2. Treff mit Ausnahme jener 20 Patienten, die beim 2. Treff zusätzlich fortbleiben:

Tab. 42: Anwesenheit in der Gruppe nach dem Rückfall (D 25)

1. Treff nach Rückfall:		anwesend	gefehlt
2. Treff:	anwesend:	100	3
	gefehlt:	20	53

Schließlich interessiert die Frage, warum der Patient nach dem Rückfall fernbleibt.

Tab. 43: Angegebener subjektiver Grund für Abwesenheit nach Rückfall (D 26)

Patient will mäßig weitertrinken:	34
Patient will allein abstinent werden:	9
Angst vor Urteil der Gruppe:	31
unbekannt:	11

Erinnert werden soll daran, daß alle obigen Tabellen "rückfall-orientiert" sind. d. h. falls ein Patient mehrmals rückfällig wird, so taucht er entsprechend häufiger in obigen Tabellen auf, was bezüglich der Motivation eine

geringe Verzerrung mit sich bringt. Insgesamt verteilen sich 176 Rückfälle auf 125 Patienten, vgl. Tab. 37.

Zum Abschluß zwei interessante Übersichten zum zeitlichen Zusammenhang von Gruppenteilnahme und Trinkverhalten:

Die erste Tabelle gibt dabei die Mittelwerte für alle Patienten an, die zweite nur für die auch wirklich "betroffenen" (also z. B. nur für jene Patienten, die wirklich rückfällig und fehlend zugleich waren).

Wegen übereinstimmender Grundgesamtheit sind Zeilen und Spalten in der ersten Tabelle additiv und die Angabe von Randverteilungen ist sinnvoll, für die zweite Tabelle ist dies nicht der Fall.

Zählt man zum Eckwert von 37 Wochen in Tab. 44 jene zwei Wochen (Tab. 15) für "Fehlen aus äußerem Grund" (wie Umzug etc.) hinzu, in welchen Gruppen- und Trinkverhalten nicht protokolliert wurde, so erhält man jene 39 Wochen aus Tab. 7 der angebotenen Nachsorge.

Tab. 44: Mittelwerte für die Gruppenteilnahme und das Trinkverhalten von allen Patienten (1 - 59/1 - 66)

	abstinent	rückfällig	gesamt
anwesend	20 Wochen	2 Wochen	22 Wochen
fehlend	8 "	7 "	15 "
gesamt	28 Wochen	9 Wochen	37 Wochen

Tab. 45: Mittelwerte für die Gruppenteilnahme und das Trinkverhalten der betroffenen Patienten (1 - 59/1 - 66 in Verbindung mit 1 - 70/1 - 73)

	abstinent	rückfällig
anwesend	30 Wochen	3 Wochen
fehlend	26 Wochen	17 Wochen

12. Einfluß der Kontakte auf das Trinkverhalten

Analog zu Kapitel 10 sollen Begleitumstände und Erfolge der Interventionen und Kontakte untersucht werden; diesmal bezüglich des Trinkverhaltens.

Dabei haben die in Kapitel 10 eingange aufgestellten Hinweise analog in diesem Abschnitt Bedeutung.

Insbesondere wird "Erfolg" wieder nur zeitlich "lokal" untersucht, nicht längerfristig. Erfolg liegt also, entsprechend den Definitionen in Kapitel 10, Bemerkung 2 und Kapitel 11 (vor Tab. 37) dann vor, wenn der Patient nicht mehr rückfällig ist, also ein "ernsthafter und zeitweise erfolgreicher Versuch erneuter Abstinenz" den Rückfall abgelöst hat (wobei der Patient selbst den Eindruck hat, er habe es wieder "geschafft").

Auch eine differenzierende Untersuchung der Erfolge unterschiedlicher Kontakte ist aus nämlichen Gründen wie oben nicht möglich.

Im folgenden wird untersucht, wie der Rückfall bekannt wird, aus welcher Motivation heraus von seiten der Klinik eine Intervention unternommen wird und schließlich, welchen Erfolg die Kontakte bezüglich Trinkmotivation und wirklich erreichter Abstinenz vorweisen können.

Voraussetzung einer Hilfe ist das Bekanntwerden der Hilfsbedürftigkeit. Die folgende Übersicht gibt an, wie bei abwesenden Patienten der Rückfall in Erfahrung gebracht werden konnte.

Tab. 46: Bekanntwerden des Rückfalls bei Abwesenheit des Patienten (D 28, D 32)

Durch Klinikinitiative:	24
Durch Initiative des Patienten:	18
Durch Initiative von Angehörigen:	10
Durch Initiative von Mitpatienten:	7
Gar nicht (d. h. erst wesentlich später):	6
Durch Initiative von offizieller Seite:	4
Durch Zufall:	1
Summe:	70

Als Ergänzung und zum Vergleich eine Tabelle über das Bekanntwerden des Rückfalls in der Gruppe.

Tab. 47: Bekanntwerden des Rückfalls in der Gruppe bei Teilnahme des Patienten (D 27)

Patient berichtet spontan:	51
Durch Alco-Test:	17
Patient berichtet auf Nachfrage:	15
Durch Anruf von Angehörigen:	10
Gar nicht (d. h. erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt):	8
Es bleibt beim Leugnen (trotz dringendem, wahrscheinlichem Rückfall):	4
Unklar:	1
Summe:	106

Fanden Interventionen seitens der Klinik statt, so bestand immer auch eine Vermutung oder eine Gewißheit über das Trinkverhalten des Patienten (man vergleiche dazu Tab. 26). Fast immer ließ sich diese durch die Vorgeschichte oder durch Vermerke in den Unterlagen herausfinden (nur bei 6 Interventionen war diese Vorannahme nicht eruierbar).

Dabei bestand in 47 % Unklarheit über das Trinkverhalten des Patienten, in 24 % war ein Rückfall sicher, wie die folgende Tabelle im Detail ausweist:

Tab. 48: Verdacht bezüglich Trinkverhalten bei ambulanter Intervention (F 39)

Rückfall sicher ausgeschlossen:	0
Rückfall unwahrscheinlich:	32
Rückfall ungewiß:	103
Rückfall wahrscheinlich:	31
Rückfall sicher:	38
Rückfall sicher, amb. Intervention auf Bitte von Angehörigen:	14
Unklar:	6

Ergänzend sei dazu bemerkt, daß vorstehende Tabelle am

ehesten eine Vorstellung davon zu geben vermag, welche Interventionen als "Kriseninterventionen" (d. h. im Sinne rascher Hilfe zur Verhinderung einer negativen Weiterentwicklung) ansehbar wären. Es sind am ehesten jene, bei welchen die Intervention bei sicherem Rückfall auf Bitten der Angehörigen erfolgen, weiter jene mit wahrscheinlichem Rückfall und teilweise sind sie auch in den anderen Gruppierungen zu finden. Eine genauere Abgrenzung ist hingegen weder von den Aufzeichnungen, noch vom Selbstverständnis der Therapeuten bezüglich ihrer Interventionen möglich.

Interessant ist der Vergleich der Vermutung bezüglich eines Rückfalls bei einer Intervention mit der wirklichen Tatsache des Vorliegens eines Rückfalls (welche sich ja zumeist späterhin herausstellt, allerdings in 43 Fällen unklar blieb). Demnach zeigt die folgende Tabelle, daß ein Rückfall eher zu häufig denn zu selten vermutet wird (dabei ist zu beachten, daß die Einteilung der "Vermutungen" bezüglich des Trinkverhaltens in drei Gruppierungen nicht frei von Subjektivität ist!).

Tab. 49: Übereinstimmung Vermutung/Realität bezüglich des Trinkverhaltens anläßlich einer ambulanten Intervention (F 40)

Vermutung:	abstinent	Rückfall-Verdacht	Rückfall
Realität: abstinent:	21	58	1
rückfällig:	4	35	62

unklar/nicht einzuordnen: 43

Neben diesen Vorbetrachtungen nun zum Kernteil dieses Kapitels: dem Einfluß der Kontakte auf das Trinkverhalten.

Entsprechend zu Kapitel 10 soll auch diesmal zwischen einer Änderung der Einstellung (Trinkmotivation), soweit diese eruierbar war, und einer Änderung des wirklichen Trinkverhaltens unterschieden werden.

Bezüglich der Motivation ist das Resultat enttäuschend: Nur (effektiv) 10 Patienten können zum Positiven hin überzeugt werden, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tab. 50: Änderung der Trinkmotivation durch den Kontakt (F 30)

vor Kontakt: Pat. will		abstinent werden	weiter trinken
nach Kontakt:	Patient will abstinent werden:	93	11
	weiter trinken:	1	78
Patient ist bereits abstinent:		121	
Unklar:		62	

Besser steht es mit dem realen Trinkverhalten; 29 % wurden durch den Kontakt zu erneuter Abstinenz bewogen:

Tab. 51: Änderung des Trinkverhaltens durch den Kontakt (F 31)

	vor Kontakt: Patient ist	abstinent	trinkt
nach Kontakt:	Patient ist abstinent	121	65
	trinkt	0	161
Unklar: 19			

Schließlich zeigt der Vergleich von Willenserklärung und Trinkverhalten, daß 59 % ihren Entschluß auch in die Tat umsetzen:

Tab. 52: Übereinstimmung Motivation/Trinkverhalten nach Kontakt (F 32)

Patient will	abstinent werden	weiter trinken
Patient ist abstinent:	61	0
trinkt weiter:	43	79
Patient ist bereits abstinent: 121		
Unklar:	62	

Wie beim Gruppenverhalten soll abschließend der Erfolg der Kontaktbemühungen noch patientenorientiert dargestellt werden - als Antwort auf die Frage, auf wie viele Patienten sich jene erfolgreichen 65 Kontakte in Tab. 51 verteilen (vgl. dazu Tab. 34).

Tab. 53: Verteilung erfolgreicher Kontakte auf rückfällige Patienten (3 - 44)

Von insgesamt 97 rückfälligen Patienten werden im Anschluß an einen Kontakt wieder abstinent

nicht:	61	2-mal:	11	4-mal:	0
1-mal:	19	3-mal:	3	5-mal:	5

Damit sind, bezogen auf Patienten, 38 % der Kontaktbemühungen erfolgreich verlaufen.

13. Therapieansätze und -erfolge - ein Literaturüberblick

Ergebnisse aus der Literatur werden in diesem Kapitel nur insoweit referiert, wie sie zum Verständnis der vorliegenden Arbeit und zur Einordnung ihrer Resultate beitragen.

Dabei sollen in einem ersten Teil Therapieerfolge berichtet werden, ein zweiter Abschnitt beleuchtet unterschiedliche Vorstellungen von Therapie, abschließend folgt ein kurzer Exkurs über Untersuchungsmethoden.

Vorweg sei auf die vortreffliche Darstellung der gesamten Thematik in dem Sammelwerk von KISSIN & BEGLEITER (10) und - insbesondere für methodische Fragen - auf die zwei Bände von ANTONS und SCHULZ (2) hingewiesen. Auch FEUERLEIN (26) und WIESER (68) geben einen guten Überblick.

13.1 Therapieerfolge

13.1.1. Trinkverhalten nach Abschluß der Therapie - Einflüsse auf den Erfolg

Nach BAEKELAND (6, S. 391), der 30 Studien auswertet, ist mit einer durchschnittlichen "Besserung" nach stationärer Therapie von etwas über 40 % (inclusive Absti-

nente) zu rechnen, nach Abzug einer Spontanremission von etwa 11 % also mit einer effektiven Erfolgsrate von knapp 30 %.

FEUERLEIN (26, S. 177) kommt nach Mittelung von 265 (!) Untersuchungen auf 1/3 Abstinente (was der "Rand-Studie" entspricht, s. u.), 5 - 6 % kontrolliert Trinkende, 1/3 Gebesserte und etwa 40 % Ungebesserte oder Verschlechterte (Summe über 100 %!).

Zum Vergleich wird der durchschnittliche Erfolg einer ambulanten Behandlung für 18 Kliniken von BAEKELAND (6, S. 396) mit ebenfalls gut 40 % Besserungen (inclusive Abstinente) angegeben, JELLINGER (39) nennt als Resultate des ambulanten Nachsorgeprogrammes der Wiener Klinik 30 % Abstinente (nach 1 Jahr; nach 7 Jahren sind es noch knapp 21 %) und außerdem 35 % Besserungen (ohne Abstinente).

Die Spontanremission (zur Abstinenz) beträgt nach BAEKELAND (6, S. 390) zwischen 2 und 15 %, FEUERLEIN (26, S. 174 ff.) kommt zu ähnlichen Ergebnissen, eher allerdings an der oberen Grenze von 10 - 15 %, ergänzt um 8 - 10 %, die mäßig trinken, und zitiert WIESER (67) mit vergleichbaren Zahlen (10 % Abstinente, 10 - 15 % in "günstiger Verfassung").

Die Rand-Studie (3) hingegen ist in der Beurteilung der Effektivität professioneller Intervention skeptischer: bei einer "Besserungsrate" von 70 % als kurzfristigem Therapieerfolg (nach 6 Monaten sind es noch 66 %), aber einem "Nulleffekt" von 50 %, bleiben knapp 20 % "Nettowirkung" (die sich nach einem Minimum von 5 Tagen Therapiedauer abzuzeichnen beginnt).

Die Frage, ob für den Erfolg die Therapieart oder Eigenschaften des Patienten den größeren Beitrag liefern, wird von allen betrachteten Autoren einhellig zugunsten des letzteren beantwortet; insbesondere die Schichtzugehörigkeit spielt eine entscheidende Rolle: BAEKELAND (6, S. 392 ff.) gelangt zu Erfolgsdifferenzen von 50 % in

der Behandlung von Patienten mit unterschiedlichem sozialen Status; hingegen bringen Intensivierungen in der Therapie nur einen Effektivitätszuwachs von absolut 7,3 % und relativ 25,6 % (6, S. 393). FEUERLEIN (26, S. 179) stimmt dem im wesentlichen zu,weist aber darauf hin, "daß die Art der Behandlung weitgehend mit Patientenvariablen zusammenhängt". Dies dürfte auch die bedeutendste Ursache für die herausragenden Erfolgszahlen deutscher Fachkliniken sein. Zum Vergleich: RIETH gibt für den Ringgenhof eine Abstinenzquote von 64,9 % an (2 - 5 Jahreskatamnesen der Jahre 1964 - 1967), die entsprechende Zahl aller Kliniken der BfA (Angestellte!) lautet 53 % (beide Angaben zitiert nach ANTONS (2, II, S. 148).

Zur Frage des Zusammenhangs von Schicht und mäßigem Trinken als Therapieergebnis vgl. (15).

Erfolgszahlen, aufgeschlüsselt nach der psychiatrischen Grunderkrankung, liefert JELLINGER (38) in seinem Überblick über das ambulante Behandlungsprogramm der Wiener Klinik.

Erwähnenswert, kontrovers zum bisherigen, und in ihrer Bewertung des Bemühens um Therapieverbesserungen vernichtend, ist wiederum die Rand-Studie. Sie postuliert einen Einfluß von Patienten-Eigenschaften von unter 10 % und keinen (!) Einfluß der Therapieart. Einzig die Menge der Therapie (in Zeiteinheiten gemessen), aber auch nicht ihre zeitliche Verteilung (z. B. als Nachsorge auf Monate verteilt) sei von Einfluß.

Die Frage der sinnvollen Dauer der Therapie wird überhaupt widersprüchlich behandelt.

BAEKELAND (6, S. 389) schlägt mindestens 6 Monate Nachsorge vor, zitiert aber an anderer Stelle (6, S. 393) gegensätzliche Ergebnisse mit der Folgerung, daß Patienten unterer Schichten eine längere Zeit in der Klinik zur Stabilisierung benötigen.

Auch in der übrigen Literatur ist die Diskussion kontrovers: GRENNY (30) leugnet einen Einfluß der Thera-

piedauer auf das Behandlungsergebnis, EDWARDS (25) behauptet gar, eine Behandlung bringe keinen Vorteil gegenüber einer Beratung.

Fragt man nach den ursächlichen Zusammenhängen, so äußert BAEKELAND (6, S.393) die Vermutung, daß weniger der längeren Behandlungsdauer ein besserer Erfolg zu verdanken wäre, sondern daß eine bessere Motivation die gemeinsame - und inwieweit beeinflußbare? - Grundlage sowohl der längeren Teilnahme wie der sich anschließenden Abstinenz ist.

13.1.2. Rückfall, Krisenzeiten und Therapieabbruch

Zur Theorie des Rückfallgeschehens gibt es kaum eigene Modelle, noch empirische Untersuchungen über die Umstände, unter denen er geschieht. Es überwiegen Versuche, die Rückfallhäufigkeit global mit Variablen des Krankheitsgeschehens (z. B. Abstinenzerscheinungen, s. o.), der Grundkrankheit (69) etc. im Zusammenhang zu sehen. Der Grund für letzteres liegt vermutlich darin, daß bei einer strikten Forderung nach Abstinenz als Therapieziel Rückfall gleichbedeutend ist mit Therapiemißerfolg, so daß die im Zusammenhang mit der Rückfallhäufigkeit interessierenden Fragen in den Therapieerfolgsstatistiken ihre (Global-) Beantwortung finden.

Betrachtet man Rückfall als das Ergebnis - oder Symptom - eines Krisengeschehens, legt also mehr Wert auf den Lokalaspekt, so gibt die Arbeit von MORRICE (55) mit ihrem Versuch einer Phaseneinteilung der Krisenentwicklung (nicht speziell auf Alkoholiker bezogen) gute Anregungen, sofern man nicht gleich die Werke von BELLAK & SMALL (12) oder MALAN (51) bemühen will. Eine mehr praktisch orientierte Übersicht der Hilfsmöglichkeiten für rückfallgefährdete Alkoholiker bietet der Aufsatz von ZIMBERG (70).

Zur Zeitdauer bis zum Eintreten des Rückfalls nach Verlassen der Klinik seien beispielshaft die Prozentzahlen

von BAEKELAND (6, S. 388) genannt, auch wenn sie wegen der geringen Zahl der zur Auswertung herangezogenen Arbeiten weniger in ihrem Absolutwert repräsentativ sein dürften, als eine Entwicklung zu veranschaulichen:

Von der Gesamtzahl der Rückfälle (!) nach der Klinikentlassung traten ein:

sofort	50 %
innerhalb 1 Woche	60 %
innerhalb 3 Monaten	66 %
innerhalb 6 Monaten	88 %
innerhalb 1 Jahres	95 %

Geht man vom Nutzen institutioneller Therapie für das Trinkverhalten des Alkoholikers aus, und die Ergebnisse sprechen dafür, so stellen das zweite große Problem diejenigen Patienten dar, die vorzeitig die (ambulante oder stationäre) Therapie oder die Nachsorge (s. u.) abbrechen. Ihre Abwesenheit muß als erster Schritt zum Rückfall interpretiert werden (wenn der Rückfall noch nicht geschehen ist; andernfalls als Ablehnung der Hilfsangebote, sofern nicht durch den Therapiekontrakt die Weiterbehandlung/Wiederaufnahme Rückfälliger abgelehnt wird).

Die Zahl der Therapieabbrecher ist groß: BAEKELAND & LUNDWALL (7, S. 177) geben sie mit 13,7 % - 39,2 % (Mittel: 28 %) für stationäre und 52 % - 75 % für ambulante Behandlungen an.

Als Ursachen dafür werden angesehen: Persönlichkeitseigenschaften (größere Aggressivität, weniger Reife und Selbstbewußtsein), geringerer sozialer Status bei größerer sozialer Isoliertheit, geringere Motivation, genehmere Alternativen (z. B. AA) (7, S. 177 - 181).

Insbesondere zum Zusammenhang von Schichtzugehörigkeit, Motivation und Erwartungshaltung wird dabei in demselben Aufsatz (7, S. 181 ff.) die Frage aufgeworfen, inwieweit der Unterschichtpatient nicht an unterschiedlichen Rollenerwartungen zwischen ihm und dem (Mittel-

schicht-) Therapeuten scheitert, die sich schon im Erstgespräch manifestieren können. In der Beratungstheorie wurde dieses Problem schon lange in seiner eminenten Bedeutung erkannt (41, 66).

Dabei ist aber auch die grundsätzliche Frage, ob eine Verminderung der Zahl der Therapieabbrecher tatsächlich zugleich eine Verbesserung im Trinkverhalten zur Folge hat, bzw. für welchen Personenkreis dieses gilt, noch wenig durchforscht. Während BAEKELAND (6, S. 393) die Vermutung äußert, daß gerade die Patienten die Behandlung aufgegen, denen sie am besten täte, kommen ALLEN & DOOTJES (zit. nach 7, S. 179) zu dem Schluß, daß Abbrecher diejenigen sind, die eine größere persönliche Autonomie und weniger Abwehrverhalten besitzen. Therapiebeendigung könnte demnach als ein notwendiger Schritt in der autonomen Entwicklung des Patienten erscheinen, den zu verhindern im Extremfall sogar Schaden anrichten könnte.

Exkurs:

Diese Überlegungen zur Wechselbeziehung von Rückfall und Therapieabbruch sind für Bemühungen, die Zahl der "drop-outs" zu senken, von großer Bedeutung. Denkbar wäre der Fall, wenn auch wohl nur für einen gewissen Personenkreis, daß gerade die Patienten, die man durch entsprechende Interventionen zur Rückkehr oder zum Verbleib in der Therapie veranlassen würde, sogar vermehrt rückfällig würden. Ein solcher negativer (oder Null-) Effekt von Therapie, der sich nur in einer Studie mit randomisierter Intervention, Kontrollgruppe und vor allem Aufzeichnung des Einzelschicksals darstellen würde, könnte bei der üblichen, summatorischen Betrachtungsweise nicht auffallen. (Hierbei geht der Schluß so, daß vermehrte Betreuung (s. u.) weniger "drop-outs", weniger "drop-outs" weniger Rückfälle zur Folge haben, also vermehrte Betreuung ein besseres Ergebnis bezüglich des Trinkverhaltens bringt; dieser Schluß ist, wenn auch wahrscheinlich, logisch nicht richtig.)

Die einzige Untersuchung in diese Richtung, die Studie von McWILLIAMS et. al. (53), die weniger Rückfälle bei Beendigung der Therapie als bei vorzeitigem Abbruch zum Ergebnis hat, kommt bezüglich zugrunde liegender Persönlichkeitsvariablen zu keinem Resultat, welches Auskunft über die Gründe der Nichtabbrecher und damit auf obige Frage hätte geben können.

Abschließend seien zwei interessante Ansätze zur Dynamik der Nachbehandlungsphase und Ursache des Rückfallgeschehens kurz dargestellt:

Das "Chronische Abstinenzsyndrom" und der "Trockene Rausch".

Während Entzugserscheinungen in den ersten Wochen nach Beendigung des Alkoholkonsums ein häufiges, physiologisch erklärbares und wissenschaftlich unbestrittenes Phänomen sind (zur Abgrenzung zum Delir siehe FEUERLEIN (27)), gehen einige Autoren einen gewichtigen Schritt weiter und postulieren ein "Chronisches Abstinenzsyndrom" (43), "Das Krankheitsbild des Trockenen Rausches" (63) oder gehen gar von einem weitgehend determinierten Krankheitsverlauf auch in der "trockenen" Phase des Alkololikers aus (45; 64; 69, S. 156).

Diese Konzeptionen haben große Bedeutung für Fragen der Nachbetreuung und des Rückfalls. So spricht Kryspin-Exner (45) von einer "maximalen Krisensituation" nach Ablauf von 8 - 14 Monaten Abstinenzeinhaltung und einer Gesamtdauer der Restitutionsphase von 1 1/2 bis 3 Jahren. Eine Schlußfolgerung aus diesen Zahlen wäre, daß eine Nachbetreuung, die solche vorhersehbaren Krisen und "flash-back-Räusche" auffangen will, sich über mindestens ein Jahr erstrecken sollte (zur zeitlichen Entwicklung der Rückfälle s. u.).

Die Bedeutung der Abstinenzerscheinungen für das Rückfallrisiko verdeutlicht die nachfolgende Tabelle. ZAPOTOCZKY (69) kommt bei einer Untersuchung der Ursachen des Rückfalls bei 214 Patienten zu folgendem aufschlußreichen Ergebnis:

Tab. 54: Untersuchung der Rückfallsursachen bei ZAPOTOCZKY

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Grundkrankheit:	38,3 %
Versuch, kontrolliert zu trinken:	20,6 %
Abstinenzerscheinungen:	19,1 %
Äußere Anlässe:	12,2 %
Kein Rückfall:	9,8 %

Schwierigkeiten mit Abstinenzerscheinungen stehen also an dritter Stelle der Rückfallursachen mit einer Häufigkeit von 20 %!

(Ein interessantes Nebenergebnis derselben Studie ist die Tatsache, daß gamma-Alkoholiker, die versuchen, kontrolliert zu trinken, signifikant langsamer einen Kontrollverlust erleiden als jene, die im Rahmen der Grundkrankheit rückfällig werden - von der ersten Gruppe erleiden vier überhaupt keinen Kontrollverlust im Beobachtungszeitraum, von den "unfreiwillig" rückfällig werdenden hingegen alle.)

13.1.3. Einfluß von Nachsorge und Intervention auf Therapieabbruch und Trinkverhalten

Zu unterscheiden sind drei Möglichkeiten der Nachbetreuung:

1. Das Angebot von Nachsorge, entweder als geselliger Kreis, Beratungsmöglichkeit etc., oder als regelmäßiger Treff.
   Gemeinsam ist allen diesen Varianten, daß ein Angebot (oder auch ein Kontrakt) besteht, der Patient aber die Initiative hat und ergreifen muß.

2. Es wird permanent oder in regelmäßigen Abständen Initiative seitens der Institution ergriffen, der Patient erhält Briefe, Anrufe etc., in welchen man sich nach seinem Befinden erkundigt.

3. Der Patient wird speziell bei Fernbleiben, im Krisen- oder Rückfall angesprochen, aufgesucht oder in eine laufende Therapie reintegriert ("Krisenintervention", die immer aktiv und spezifisch ist).

Die Zweckmäßigkeit von Nachsorgeangeboten wird überwiegend positiv beurteilt. BAEKELAND (6, S. 394) zitiert eine Reihe von Studien, die von besseren Erfolgen bei stationärer Behandlung mit nachfolgender ambulanter Gruppentherapie berichten, stellt aber auch hier die Gretchenfrage, ob statt der Therapie nicht eher die bessere Motivation die gemeinsame Ursache für die Teilnahme an der Nachsorge wie für das bessere Ergebnis ist. Zudem vermag eine von ihm ebenfalls zitierte kontrollierte Studie (7, S. 301) mit zufälliger Patientenzuweisung keinen Unterschied zwischen Gruppen mit und ohne Nachbetreuung festzustellen. BAEKELAND kommt so zusammenfassend zu dem Ergebnis, daß Nachsorge helfen kann, einen großen Teil der Zeit, den eine stationäre Therapie bei gleichem Erfolg benötigt, einzusparen.

Über Nachsorge als positivem Prognosefaktor berichtet eine Arbeit von SUWAKI (65) aus Japan.

LEVINSON (48) in Kanada weist auf die große Bedeutung hin, die Gruppentherapie und intensive Kontakte zwischen den Patienten und zum Personal für das Behandlungsergebnis haben (51 % Besserung bei 4 Wochen stationärer Behandlung und 2 Wochen Nachsorge). Für den stationären Teil der Therapie wird Ähnliches aus Bad Tönisstein berichtet (50).

Ebenfalls mit 2 Jahren Nachsorge (im Anschluß an drei Wochen stationäre Behandlung), aber unter bewußter Einbeziehung der AA, arbeitet ein von CHAMP (16) vorgestelltes Modell.

66 % Besserung vorzuweisen hat die Psychiatrische Universitätsklinik Düsseldorf (21) - 4 Monate Station, 6 Monate Nachsorge - mit einem Behandlungsansatz, der als besonders human hervorgehoben wird.

CHVAPIL (17) betont als Ergebnis einer kontrollierten Vergleichsstudie besonders die Bedeutung, die eine Nachsorge innerhalb derselben Institution besitzt, welche dem Patienten schon aus der Zeit seiner stationären Behandlungsphase her vertraut ist.

Um Schwierigkeiten und Frustrationen für das therapeutische Personal zu demonstrieren, sei die Arbeit von O'LEARY (56) zitiert: Von 42 Patienten, die eine 60-Tage-Kur beendeten (von 111, die sie begannen!), hielten wiederum nur 26 die einjährige ambulante Nachbehandlung durch. Etwas optimistischer und aufzeigend, daß Rückfall nicht gleichzeitig auch Abbruch bedeuten muß, ist die Untersuchung von GASTEAU (28): 60 % der Rückfälligen bleiben trotz des Rückfalls der Nachsorgegruppe über 5 Jahre treu! (Allerdings bei geringer Intensität der Nachsorge: anfangs monatliche Treffs, später halbjährlich; dies mag den Druck, dem Rückfällige durch eine Gruppe ausgesetzt sind, erheblich vermindert haben.)

Auf eine besondere Problematik, die einer vorbeugenden Nachbetreuung besonders im Wege steht, weist HORE (33) hin: Die meisten Rückfälle ereignen sich plötzlich und unvorhersehbar auch bei bestehender intensiver ambulanter Begleitung (wöchentliche Treffen).

Fast eine Kuriosität, die die Weite des Spektrums an "Betreuungseinrichtungen" andeutet, sei abschließend noch erwähnt: Alkoholiker bilden eine Gruppe der Daueranrufer der Telefonseelsorge in Honolulu. Sie werden dort an die AA weiterverwiesen (24).

Trotz der Beachtung, die der Nachbetreuung mittlerweile geschenkt wird und trotz der hohen Abbrecherquoten (56) finden sich kaum Untersuchungen, die sich mit den Möglichkeiten der aktiven Senkung der Zahl der "drop-outs" oder einer Intervention bei Rückfall befassen. Ganze 4 Arbeiten konnte der Autor zu diesem Thema trotz intensiven Literaturstudiums ausfindig machen! Drei davon beziehen sich auf die Darstellung aktiverer Formen von Nachbetreuung:

So schildert MECHKUNOV (54) aus der Arbeit einer Klinik in Bulgarien die Möglichkeit, durch aktive Aufrechterhaltung von Kontakt und Unterstützung der Patienten in ihren Angelegenheiten eine Besserung des Erfolgs zu erreichen.

HUNT (34) berichtet Ähnliches als Ergebnis einer kontrollierten Studie mit Vergleichsgruppe, die geleistete Unterstützung wird konkretisiert als Hilfe bei der Jobsuche, Eheproblemen und anderen Schwierigkeiten des Patienten, die nur bedingt mit dem Alkohol zusammenhängen.

INTAGLIATA (35) schließlich referiert als Ergebnis einer kontrollierten Untersuchung eine um 72 % gesteigerte Benutzung des Angebotes an ambulanten Nachsorgeeinrichtungen durch die Gruppe von Patienten, die im Zeitraun von 3 Monaten 6 Telefonanrufe erhielten, in welchen man sich nach ihrem Befinden erkundigte. Die höhere Inanspruchnahme der Nachsorgeangebote ist wiederum verbunden mit einem besseren Erfolg des Trinkverhaltens und der allgemeinen Stabilität in Lebenssituationen. Dabei geht aber auch aus dieser Studie nicht hervor, inwieweit diejenigen Patienten, die erst durch Anrufe zur Teilnahme bewegt wurden, sich im späteren Trinkverhalten von jenen unterscheiden, die auch ohne Anruf an der Nachsorge teilgenommen hätten. Problematisch ist auch, daß die Ergebnisse auf einer dreimonatigen Katamnese aufbauen, also über eine Langzeitstabilisierung wenig aussagen.

Die einzige Untersuchung, bei der nicht von einer Prophylaxe, sondern von einer gezielten Reaktion auf ein Verhalten des Patienten, also von einer "Intervention" gesprochen werden kann, ist die von HIGGINS & PANEPINTO (zit. nach 7, S. 184): Durch Briefe, die jeder Patient erhält, der bei einer verabredeten Sitzung fehlt, kann die Abbruchquote im ersten Monat von 51 % auf 28 % gesenkt werden. Auch hier stellen sich die Fragen nach dem längerfristigen Anhalten dieses beachtlichen Erfolges und nach der Auswirkung auf das Trinkverhalten.

Nach diesem letzten ermutigenden Ergebnis wäre nun die Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit "intensiverer" Interventionsstrategien von Interesse, also z. B. Hausbesuche, Telefonanrufe oder Zusammenarbeit mit den Hausärzten, um Abbruch- oder Rückfallquote zu senken. Aber hier bleibt die Literatur jede Antwort schuldig.

BAEKELAND & LUNDWALL (7, S. 185) stellen nach einer Durchsicht der Literatur (bis Mitte der 70er Jahre) fest, daß keine Studie zur Erfolgsbeurteilung von Hausbesuchen existiert. Daran hat sich bis heute (Juli 1981) nichts geändert. Entsprechendes gilt für den gezielten Einsatz von Telefonaten im Krisenfall.

Damit ist nicht gesagt, daß diese Interventionen nicht stattfinden; Rückfragen bei Hausärzten, Telefonate mit Angehörigen, Sozialbetreuern etc. gehören, bei den einzelnen Kliniken unterschiedlich ausgeprägt, zum therapeutischen Alltag. Aber es existiert keine wissenschaftliche Untersuchung zu diesem Fragenkomplex. Ebensowenig wurde bisher der (weiter oben diskutierte) Zusammenhang zwischen Kriseninterventionen und ihren (unterschiedlichen?) Auswirkungen auf Teilnahme an der Nachsorge und Trinkverhalten zum Gegenstand einer empirischen Arbeit gemacht.

13.2 Alkoholismus und Therapiekonzepte

Obwohl es wie eine Hybris klingt, soll doch der Versuch unternommen werden, auf wenigen Seiten einen Überblick über die Abhandlung des Alkoholismus und der Therapieformen in der Literatur zu vermitteln.

Dies aus zwei Gründen:

Während der Mitarbeit auf Station konnte der Autor erleben, daß trotz einheitlichen Therapiekonzepts unterschiedliche Gedanken zum Wesen des Alkoholismus wie zur Frage der richtigen Therapieziele diskutiert wurden, bei Therapeuten wie Patienten ("Im Fernsehen wurde aber berichtet, daß die in Amerika ganz andere Sachen probieren!"). Therapie ist damit immer auch Auseinandersetzung, Überzeugungsarbeit und schließlich Verständigung auf ein gemeinsames Ziel. Dabei geben die Meinungen im Schrifttum zugleich die unterschiedlichen Standpunkte in den Gesprächen auf Station wieder.

Vor Beginn der Untersuchung hatte sich der Autor ausführlich mit dem Schrifttum beschäftigt. Die folgende

subjektive (!) Zusammenschau der Diskussion war somit zugleich die gedankliche Grundlage, auf welcher der Datenerhebungsbogen mit relevant erscheinenden Fragen erstellt wurde; aus diesem Grund sollte die subjektive Perspektive des Autors bekannt sein.

13.2.1. Alkoholismus als Krankheit

War im vorigen, und auch bis in die erste Hälfte dieses Jahrhunderts hinein die Meinung vorherrschend, übermäßiger Alkoholgenuß sei in erster Linie ein moralisches Problem, Anzeichen von Willensschwäche und allenfalls auch Ausdruck sozialer Mißstände, so fand nach dem 2. Weltkrieg die These, daß es zumindest auch eine Form des Alkoholkonsums von Krankheitswert gibt, die die Willenskräfte des Individuums übersteigt, ihre wissenschaftliche Anerkennung. Bahnbrechend waren dabei die Arbeiten von JELLINEK (36, 37).

Folgen dieser Entwicklung waren die Akzeptierung der Krankheit "Alkoholismus" durch die WHO sowie entsprechende Niederschläge in der (deutschen) Sozialgesetzgebung mit größter praktischer Bedeutung für die Betroffenen (Krankenkassen und Rentenversicherungen übernehmen Kosten für Kuren und Heilbehandlung; hingegen keine Lohnfortzahlung, da die Krankheit als selbstverschuldet gilt) wie für ihre professionellen Helfer (Ärzte übernehmen endgültig die Versorgung, der pädagogische Aspekt tritt hinter dem medizinischen zurück, die Umwandlung der "Suchtanstalten" zu "Fachkrankenhäusern" findet ihren Abschluß - und schafft neue Probleme (61)).

Die wissenschaftlichen Einsichten finden dagegen nur langsam Einlaß in das Bewußtsein der Bevölkerung, was Bedeutung hat für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen (Verstecken des "Lasters"), ihre Umwelt und nicht zuletzt die sie behandelnden Ärzte (11, S. 55 ff.) und Therapeuten (7, S. 168; 2, II, S. 138). Ein großes Maß an Überzeugungsarbeit muß in jeder Therapie geleistet werden.

Einen wichtigen Beitrag zur Verbreitung des Krankheitskonzeptes leisteten dabei die Anonymen Alkoholiker (gegründet 1935) mit ihrem Begriff des "trockenen Alkoholikers", d. h. der Feststellung der lebenslangen Rückfallgefährdung. Dabei gibt es, bei gleicher Zielsetzung der lebenslangen Abstinenz bezüglich der Affinität der AA sowie professioneller Therapieeinrichtungen auf Betroffene bedeutsame Unterschiede (7, S. 180 ff.).

Umstrittener als die Therapieinhalte sind die Ziele. Einmal, da von höchst praktischer Bedeutung, da Patient und Therapeut sich hier explizit einig sein/werden müssen, zum anderen, da kaum Kompromisse in dieser Frage möglich sind. Damit ist weniger das Problem gemeint, ob allein das Trinkverhalten oder - weiter gefaßt - die Fähigkeit, ein erfülltes Leben zu führen, die soziale (Wieder-) Eingliederung zum Maßstab des Therapieerfolges gemacht werden soll. Ein Überblick über diese kontrovers geführte Diskussion findet sich in der Zusammenstellung von BAEKELAND (6, S. 386 ff.) sowie in der rückblickenden Betrachtung von PATTISON (58).

Vielmehr geht es beim Trinkverhalten selbst um die Forderung der (lebenslangen) Abstinenz als Therapieziel sine qua non. Wiewohl im deutschen wie im angelsächsischen Sprachraum die große Mehrheit die Forderung nach Abstinenz uneingeschränkt bejaht (13), so existieren doch, gestützt auf statistische und experimentelle Untersuchungen, von wissenschaftlicher Seite gewichtige Einwände gegen die unbedingte Abstinenzforderung als Arbeitshypothese.

Dabei argumentieren die Gegner einer strikten Abstinenzforderung zum einen dadurch, daß sie essentielle Arbeitshypothesen der Befürworter wie "Kontrollverlust" oder "Verlangen" (engl.: "craving") in ihrer Bedeutung relativieren (18, 59), zu widerlegen (57) oder durch gezielte Maßnahmen zu durchbrechen behaupten (14, S. 323 ff.). Als Beispiele aus einer großen Zahl gegenteiliger Ergebnisse seien die Untersuchungen von ALTERMAN (1) und der "Wiener Schule" (69, S. 154 ff.) genannt.

Die Diskussion dieser Fragen hat neben der theoretischen eine eminent praktische Bedeutung: behandelt sie doch das Problem, ab wann ein Patient "rückfällig" oder für weitere therapeutische Bemühungen als "verloren" anzusehen ist.

Eine zweite Infragestellung des Absolutheitsanspruches der Abstinenzforderung erfolgt durch Längsschnittbetrachtungen nach beendeter Therapie. Hier ist besonders der Rand-Report (3) zu erwähnen, eine in mehrfacher Hinsicht ausgefallene Studie. Danach kommt eine Nachuntersuchung an 30.000 (!) Patienten aus 45 (!) Alkoholikerzentren in den Vereinigten Staaten zu dem Ergebnis, daß 6 Monate nach Beendigung der Therapie 1/3 der Patienten abstinent ist, 1/3 kontrolliert trinkt und 1/3 periodisch unkontrolliert trinkt und daß die Summe der ersten beiden Gruppen über ein Jahr konstant bleibt (die Gruppe der Abstinenten nimmt um 10 % ab, die der kontrolliert Trinkenden um 10 % zu, die der unkontrolliert Trinkenden vergrößert sich nicht). Die Studie bleibt nicht unangezweifelt (4), vor allem wurde bemängelt, daß es sich um eine Gruppenstabilität handele, das Einzelschicksal aber anders aussehe (so blieben nur knapp 10 % der betrachteten Personen über den gesamten Beobachtungszeitraum hin abstinent), und in neuester Zeit scheint sich ein Zusammenrücken der gegensätzlichen Standpunkte, zumindest die Rand-Studie betreffend, abzuzeichnen (5); zur weiteren Diskussion siehe (6, S. 387 ff.).

13.2.2. Krankheitsmodelle

War die Frage des Krankheitswertes mancher Formen des Alkoholkonsums in den letzten 30 Jahren wissenschaftlich kaum noch umstritten, so wurde die für die Therapie so bedeutsame Frage, ob es eine abgrenzbare Krankheitseinheit "Alkoholismus" gibt, oder ob der Zwang zum Alkohol nur Symptom einer anders einzuordnenden zugrunde liegenden psychischen Grunderkrankung - evtl. auf dem Boden einer disponierenden Persönlichkeitsstruktur - zunächst

kontrovers behandelt. Heute besteht dahingehend Übereinstimmung, daß zumindest im fortgeschrittenen Stadium die Alkoholabhängigkeit eine solche Eigendynamik gewinnt, sei es in Form eines sich selbst verstärkenden Zirkels (11, S. 8; 2, II, S. 245 ff.) oder in einer sonstwie inhärenten Eigengesetzlichkeit (45, S. 101; 69, S. 156), daß sie als eigene Entität, als "Krankheitsbild Alkoholismus" betrachtet werden muß.

13.2.3. Pathogenese, Prädisposition und Typologie des Alkoholismus

Herrscht bezüglich der Existenz des Krankheitsbildes Alkoholismus weitgehend Einigkeit, so gibt es zu seiner Unterteilung und zur Frage der Pathogenese unterschiedliche, sich allerdings selten gegenseitig ausschließende Ansätze.

Neben biologischen (11, S. 9 ff.), sozialen (11, S. 18 ff.) und behavioristischen Deutungsversuchen existieren analytisch orientierte Persönlichkeitskonzepte und klassisch psychiatrische Typologien. Stellvertretend für die analytisch-existentielle Richtung sei die Arbeit von MATUSSEK (52) genannt sowie auf den Artikel von LÜRSSEN (49) verwiesen. Eine an der psychiatrischen Einteilung orientierte Typologie der Grundpersönlichkeit findet besonders bei der "Wiener Schule" (42, 44) Verwendung.

Rein beschreibend, aber keine Pathogenese anbietend, dafür am bekanntesten, ist die phänomenologische Kategorisierung nach JELLINEK (37). Neuere Versuche, zu einer empirisch fundierten Typologie zu gelangen, benutzen die Hilfsmittel der Statistik, seien es Faktoren- oder Clusteranalyse (2, II, S. 94, 101; 31). Die Ergebnisse sind sehr abhängig von betrachteten Sample und nur schwer verallgemeinerbar.

Erwähnung verdienen außerdem noch die systemanalytische Betrachtung von BATESON (8) sowie ergänzend die Aufsätze von BATTEGAY (9) und LECHLER (47).

13.2.4. Therapieansätze und -ziele

Auf die inhaltlichen Ansätze bei der Therapie des Alkoholismus soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Sie sind eher noch zahlreicher als die Krankheitskonzepte, auf denen sie aufbauen, da neben den traditionellen, analytisch und behavioristisch (z. B. 20) ausgerichteten Interventionsstrategien (neben der medikamentösen Therapie und eventuellen Behandlung einer psychiatrischen Grunderkrankung) zunehmend, zumindest in den Vereinigten Staaten (11, S. 93), auch solche der neueren "Erlebnistherapien" ("Gestalt" etc.) Anwendung finden (in der Bundesrepublik Deutschland nach Wissen des Autors nur in Bad Tönisstein und Bad Herrenalb).

Dabei gilt, daß ähnlich wie schon bei den pathogenetischen Erklärungskonzepten, am ehesten ein multifaktorieller Ansatz zum Ziele führt. Es kommt eher darauf an, herauszufinden, welche Gewichtung für welchen Patienten vorteilhaft sein kann; aber hier herrscht noch keine Einigkeit, so daß die Aufnahme zu einer Entziehungskur zumeist nach äußerlichen Kriterien (nicht psychotisch, soziale Stabilität) geschieht (40; 60). Weitestgehend unbestritten ist hingegen die Tatsache, daß Therapie in Gruppenform angeboten, eines der wirksamsten Therapeutika ist (22, S. 236), auch nach Meinung der Patienten selbst (23; 32).

13.3 Untersuchungsmethoden und ihre Kritik

Unter dieser Überschrift sollen nur einige Hinweise auf weiterführende Literatur gegeben werden, um die Enordnung der vorliegenden Arbeit auch im methodischen Rahmen vornehmen zu können, aber auch, um die auf den vorangehenden Seiten dargestellten Ergebnisse aus anderen Untersuchungen in ihrer Aussagekraft besser einschätzen zu können.

Die umfangreichsten Überlegungen zur Methodik von empirischen Untersuchungen finden sich in dem Buch von ANTONS & SCHULZ, die diesem Themenbereich ein ganzes eigenes Ka-

pitel widmen (2, I, S. 255 ff.). Insbesondere erkenntnistheoretische und ideologische Vorannahmen des Untersuchers erfahren eine kritische Würdigung.

Mehr an praktischen Problemen orientiert ist die Arbeit von KULLER & MAY (46), die eine Übersicht über die Methodik von Studien der Jahre 1963 - 1973 gibt und zu einem entmutigenden Ergebnis über die Aussagekraft der meisten dieser Untersuchungen gelangt: fehlende Kontrollgruppen, fehlende Beachtung der Repräsentativität der untersuchten Population, Fehlen von Vergleichszahlen aus der Grundgesamtheit, Fehlen kritischer Betrachtungen darüber, ob die untersuchten Variablen sinnvoll definiert und dem untersuchten Problem angemessen sind, relativieren die Erfolgszahlen vieler Arbeiten und lassen ihre Folgerungen fragwürdig erscheinen.

Optimistischer bezüglich der Verwertbarkeit der bisherigen Studien eingestellt ist COSTELLO (19). Mittels höherem mathematischen Aufwand (Clusteranalyse) versucht er, aus 58 empirischen Arbeiten durch ihre Zusammenfassung zu definierten Aussagen zu gelangen - mit einigem Erfolg.

SOBELL (62) schließlich geht der Frage nach, inwieweit das Urteil richtig ist, daß den Aussagen von Alkoholikern nur sehr bedingt vertraut werden kann und korrigiert die herrschende Anschauung in eine etwas positivere Richtung. Dies zu wissen ist wichtig, da viele Aussagen in Krankenblättern, Verlaufsprotokollen etc., auf die sich auch diese Untersuchung stützt, nicht immer auch durch Dritte wie Angehörige oder Hausärzte Bestätigung finden konnten.

14. Zusammenstellung der Ergebnisse und ihre Interpretation

Ziel dieses Abschnittes ist es, die in den Kapiteln 5. bis 12. meist in Tabellenform dargestellten Ergebnisse gewichtet zusammenzufassen und untereinander und mit der Literatur vergleichend zu interpretieren.

14.1 Zielvorstellungen

Aufgabe der vorliegenden Untersuchung ist die Beantwortung der Frage nach dem Erfolg von "Kriseninterventionen" im Rahmen des ambulanten Teiles des Therapieangebotes für Alkoholiker an der Tübinger Universitätsnervenklinik.

Wegen begrifflicher und methodischer Schwierigkeiten (Probleme der Abgrenzung der Kriseninterventionen von anderen Kontakten) erschien es sinnvoller, "Kontakte" zwischen Klinik und Patient außerhalb der regulären Gruppentreffen insgesamt auf ihre Auswirkung auf die wichtigsten "Zielvariablen" des Therapiekonzeptes (das sind Gruppenteilnahme und Trinkverhalten) hin zu betrachten. Diese Aufgabe konnte nur angegangen werden unter Miteinbeziehung der Begleitumstände, unter denen diese Kontakte stattfanden.

Zum Verständnis wichtig erwies sich außerdem die Betrachtung der Rahmenbedingungen von Nichtteilnahme und Rückfall, wie Motivation, eigene Zielvorstellungen der Patienten und äußere Einflüsse (wie Fortzug aus dem Einzugsgebiet der Klinik); schließlich war bedeutsam die Untersuchung der Wechselbeeinflussung von Gruppenteilnahme und Trinkverhalten.

Mit ein Anlaß für diese Untersuchung war die Tatsache, daß in der Literatur nur insgesamt 4 (!) Arbeiten sich mit dem Einfluß aktiverer Nachbetreuung beschäftigen (s. o.); alle kommen zu einer positiven Einschätzung dieser Bemühungen. Nur eine Studie (HIGGINS & PANEPINTO) berichtet von gezielter Intervention mittels Briefen, einer relativ wenig "invasiven" Form der Begegnung.

14.2 E r g e b n i s s e

14.2.1 "Kontakte"; Art und Umstände ihrer Initiierung

"Kontakte", meist verursacht durch Rückfall (-verdacht) oder durch Fernbleiben von den Gruppensitzungen, können sein ambulante Interventionen seitens der Klinik, Initiativen von Patientenseite oder kurzzeitige stationäre Wiederaufnahmen ("stationäre Interventionen").

Es überwiegen mit 61 % deutlich die ambulanten Interventionen seitens der Klinik, immerhin 25 % der Kontakte gehen jedoch aus dem Umfeld des Patienten hervor (Tab. 16). Mit 14 % machen die stationären Interventionen, die in der Regel (wie geplant) 4 Tage dauern (Tab. 19) einen zahlenmäßig kleineren, gemessen am Aufwand aber bedeutsamen Anteil aus; die Möglichkeiten der stationären Intervention sind vielfältig, in der überwiegenden Anzahl der Fälle kommt es aber zur Wiederaufnahme auf die Spezialstation (Tab. 19).

Dem Therapiekonzept gemäß geht der Großteil der Kontakte von der Klinik aus; es überrascht aber das Engagement von Patientenseite, dessen Bedeutung noch wächst angesichts der Überlegung, daß ein guter Teil der Klinikinterventionen frustran sein, d. h. an der augenblicklichen Motivation des Patienten vorbeigehen muß (s. u.).

Eine weitergehende Differenzierung zeigt folgendes Bild:

Kontakte von seiten des Patienten (sog. "Patienteninitiativen" im Gegensatz zu "Klinikinterventionen") gehen in 45 % der Fälle vom Patienten selbst aus, in 36 % von Angehörigen (Tab. 20), meistbenutztes Kommunikationsmittel ist dabei das Telefon mit 65 % (Tab. 21); es bedarf des geringsten Aufwands an Zeit und Energie (siehe auch Kommentar weiter unten).

Bei den ambulanten Interventionen seitens der Klinik hingegen überwiegen die Hausbesuche leicht die Zahl der Anrufe und diese die Briefe; man legt demnach (erzwungenermaßen bei 43 % Nicht-Telefonbesitzern) Wert auf eine möglichst intensive Begegnung (Tab. 17). Zur Wechselbeeinflussung ist interessant zu wissen, daß 11 % der ambulanten Interventionen seitens der Klinik durch eine vorherige Patienteninitiative initiiert werden, umgekehrt 28 % der Patienteninitiativen durch eine ambulante Intervention (Bemerkung nach Tab. 17).

Letztere Feststellung relativiert die im vorherigen Absatz angestellte Überlegung bezüglich des Vergleichs der

Engagementbereitschaft von Klinik und Patient(enseite) und weist auf die wechselseitige Bedingtheit der Kontakte hin (u. a. auch bedingt durch eine mittels Intervention hervorgerufenes, schwer in Zahlen faßbares "Vertrauensverhältnis").

Einen Überblick über die Verteilung der Kontakte auf die einzelnen Patienten gibt Tab. 22; sie zeigt für alle Interventionsarten eine ausgeprägt linksschiefe Verteilung als Ausdruck der Tatsache, daß einige wenige Patienten eine sehr ausgiebige Betreuung erfahren haben, aber auch von sich aus häufig die Unterstützung der Klinik suchen.

14.2.2. Trinkverhalten; Einfluß von Kontakten, Begleitumstände, Erfolge

Am meisten interessiert der Einfluß der Kontakte auf das Trinkverhalten: in 29 % der Rückfälle konnte durch einen Kontakt einem rückfälligen Patienten (zumindest zeitweise) zu erneuter Abstinenz verhofen werden (Tab. 51); schaut man an, wie vielen rückfälligen Patienten mindestens einmal (bei 3 Patienten sogar 5-mal!) geholfen werden konnte, so erhöht sich die Erfolgsquote auf 38 % (Tab. 53). Dabei handelt es sich, vor allem bei der letzten Zahl, nicht um "langfristige Erfolge", sondern eher um ein Maß für die "Beeinflußbarkeit" des Rückfälligen - anders herum ausgedrückt: 62 % der Rückfälligen sind durch Kontakte überhaupt nicht beeinflußbar.

Zwar existiert keine Kontrollgruppe; da aber die "Spontanremission" bei Rückfall unter 15 % liegt (6), kann wirklich von einem ursächlichen "Erfolg" der Interventionen bezüglich des Trinkverhaltens gesprochen werden.

Ein Problem stellen jene 62 % der "Unbeeinflußbaren" dar; eine Erklärung gibt Tab. 25, wonach die Mehrheit der Rückfälligen, die auch an der Gruppe nicht mehr teilnehmen, in Zukunft weitertrinken wollen.

Eine weitere Schwierigkeit: Bei ambulanten Interventionen seitens der Klinik ist die vorherige Beantwortung der

Frage oft nicht möglich, ob der Patient, den man aufsucht oder anschreibt, rückfällig ist. Jede Intervention hat - wie erwähnt - zwei Ziele: den Patienten zur Gruppenteilnahme und zur Abstinenz zu bewegen. Ist aber das Verhalten des Patienten in der ersten Frage immer klar, so herrscht bei der zweiten (die ja viel Einfluß auch auf die gewählte Form der Intervention hat), zumeist Rätselraten: in 47 % besteht völlige Unklarheit, nur in 24 % ist der Rückfall sicher bekannt (Tab. 48). Daß man dabei seitens der Klinik zu mehr Pessimismus neigt als notwendig, zeigt Tab. 49. Dabei wird letztere Bemerkung durch die Tatsache gestützt, daß bei erfolgtem Rückfall der Patient (oder ein Angehöriger) sich in der Mehrheit der Fälle von sich aus meldet, erst an zweiter Stelle wird der Rückfall durch eine ambulante Intervention bekannt (Tab. 46).

Gruppenteilnahme ist keine gute Prophylaxe gegen Rückfall; 87 % der Rückfälle ereignen sich in der Gruppe (Tab. 41). In der Gruppensitzung berichtet der Patient den Rückfall meist spontan (Tab. 47). Sehr nachteilig ist, daß nach erfolgtem Rückfall die Gruppenpräsenz deutlich abbröckelt: von 68 % beim ersten Treffen auf 58 % beim zweiten (wobei zum zweiten Treffen kaum Patienten wiederkehren, die zum ersten fortbleiben) (Tab. 42).

Daß Rückfällige weit häufiger der Gruppe fernbleiben als Abstinente, wird noch deutlicher, wenn man (die Mittelwerte) der Verlaufszeiten vergleicht (Tab. 44, noch deutlicher in Tab. 45). Rückfällige "halten" es im Schnitt nur drei Wochen in der Gruppe aus.

Die Untersuchung der Gründe dafür zeigt, daß sich der Entscheid, jetzt "mäßig" weiterzutrinken, sowie eine Angst vor der Verurteilung durch die Gruppe (bei Wunsch nach Abstinenz) in etwa die Waage halten (Tab. 43). Bei letzterem Personenkreis, etwa 42 % der "abwesenden Rückfälligen" erscheint eine den "Rückweg zur Gruppe bahnende" Hilfestellung demnach besonders sinnvoll.

Untersucht man die Motivation aller rückfälligen Patienten (also auch derer, die weiter zur Gruppe kommen), so wollen 68 % wieder abstinent werden (Tab. 40). Damit sind jene, die fortbleiben, auch die unmotivierteren bezüglich des Abstinenzwunsches.

Detailliertere ergänzende Aussagen vor allem über diejenigen, welche weitertrinken wollen, geben Tabellen über die Schwere des Rückfalls (Tab. 38) und über die subjektiven Gründe, welche zum Rückfall führten (Tab. 39) an; bei der Rückfallursache konkurrieren "Vorsatz" und "akuter Konflikt" um die Spitzenposition, die (relativ) meisten Patienten kehren zum "regelmäßigen Alkoholgenuß ohne Excesse" zurück.

Damit stellt sich die Frage einer möglichen Motivationsänderung durch Kontakte:

Das Ergebnis ist bescheiden (und spricht andererseits für die Aufrichtigkeit der Befragten): Nur etwa 12 % jener, die ursprünglich weitertrinken wollten, lassen sich vom Vorzug erneuter Abstinenz überzeugen (Tab. 50). Damit kommt die oben genannte Erfolgsquote von 21 % erneut Abstinenten durch überwiegend schon vor der Intervention zur Abstinenz Entschlossenen zustande; von jenen, die abstinent zu werden versprechen (57 %), schaffen es 59 % wiederum (zum Teil kurzfristig) (Tab. 52), ein deutlicher Hinweis auf die wichtige Voraussetzung einer hinreichenden Motivation.

Zum Abschluß eine Zahl zum Gesamterfolg, die die intensiven Bemühungen der ganzen Therapie widerspiegelt: Während unterschiedlicher Zeitpunkte der ambulanten Phase und allem Anschein nach auch beim Abschluß der Therapie sind über 70 % der Patienten abstinent (Tab. 35). Ein Erfolg, der sich im Literaturvergleich gut sehen lassen kann, vergleicht man mit den in Kapitel 13 genannten Studien und zieht in Betracht, daß sich nach BAEKELAND (6) 88 % der Rückfälle innerhalb des ersten halben Jahres ereignen.

14.2.3 Gruppenteilnahme; Einfluß von Kontakten, Begleitumstände, Erfolge

23 % der abwesenden Patienten nehmen nach einem Kontakt wieder an der Gruppe teil (Tab. 32). Da einige Patienten häufiger fehlen, aber auch häufiger wieder zur Gruppenteilnahme bewegt werden können (im Extremfall 5-mal!), erhöht sich der Prozentsatz jener Patienten, bei denen mindestens ein Kontakt erfolgreich ist, auf 34 %. Das heißt wiederum, 64 % der fehlenden Patienten sind durch Kontakte überhaupt nicht beeinflußbar (Tab. 34).

Beide Erfolgszahlen liegen damit etwas niedriger als beim Trinkverhalten (29 % bzw. 38 %, s. o.); etwas salopp ließe sich sagen, daß die "Fernbleiber" sich ihrer Sache sicherer sind als die "Rückfaller".

Einen Eindruck der Bemühungen um Kontakt zu Fehlenden geben die Tab. 29 (Anzahl der Kontakte bezogen auf eine Abwesenheitsperiode) und Tab. 30 (Anzahl aller Kontaktbemühungen je Patient). Demnach werden bei immerhin 10 fehlenden Patienten in einer Abwesenheitsperiode 4 ambulante Interventionen durchgeführt (aber auch ein Patient bzw. seine Angehörigen meldeten sich 4-mal), bei zwei Patienten werden insgesamt sogar 6 ambulante Interventionen durchgeführt.

Interessant ist schließlich noch, von welcher Seite nach einem Fernbleiben die erste Initiative zu einem Kontakt ausgeht: Hier steht die Klinik mit 72 % (Tab. 28) unangefochten an erster Stelle. Ein Vergleich mit Tab. 46 legt die Deutung nahe, daß Rückfälligkeit ein großer Anreiz für Patienten darstellt, von sich aus die Klinik zu kontaktieren, während man ansonsten (d. h. abstinent) eher seine Ruhe haben möchte.

Dem entspricht der geringe Einfluß der Kontakte auf eine Motivationsänderung bezüglich der Gruppenteilnahme: 26 % lassen sich von einer Wiederteilnahme überzeugen, d. h. sie versprechen wiederzukommen (Tab. 31); von den Motivierten (39 %) kommen aber tatsächlich nur wiederum 54 % (Tab. 33).

Ein Vergleich mit den entsprechenden Zahlen für Rückfällige (s. o.) zeigt, daß bezüglich der Gruppenteilnahme anläßlich eines Kontaktes leichter etwas versprochen wird als bezüglich der Abstinenz (26 % zu 12 %), daß bei ersteren der Anteil der positiv Motivierten kleiner ist (39 % zu 57 %), daß bezüglich der Umsetzung in die Tat aber beide Gruppen etwa gleich erfolgreich sind (54 % zu 59 %).

Wichtig wiederum ist der Einfluß des Fehlens auf das Trinkverhalten:

Sind vor dem Fernbleiben 81 % abstinent (Tab. 26 - die gleiche Tabelle sagt auch aus, daß nur 14 % ihre Absicht - fernzubleiben - zuvor in der Gruppe ankündigen), so fällt dieser Anteil während der Abwesenheit auf 44 % (Tab. 27, die auch eine Übersicht über die Schwere des Rückfalls gibt - demnach trinken 54 % der Rückfälligen nach eigenen Angaben "kontrolliert").

Dieser Rückfall ist in 52 % der angegebene Grund dafür, nicht mehr zur Gruppe zurückzukehren (Tab. 25), das heißt, es entwickelt sich bei jenen, die fortbleiben und rückfällig werden, leicht ein circulus vitiosus - wiederum ein Grund für eine rasche Kontaktaufnahme, die von den Rückfälligen selber auch in ihrer Notwendigkeit zum Teil begriffen wird (s. o., Tab. 46, Kontaktaufnahme bei Rückfall).

Trotzdem ist die Tendenz "aus Abwesenheit folgt Rückfall" nicht so gravierend wie umgekehrt (s. o.): Betrachtet im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf ist immer noch die Mehrheit der Fehlenden abstinent (Tab. 45 und auch Tab. 44), betrachtet bei Therapieende noch etwa die Hälfte (Tab. 14).

Fragt man wieder, wie beim Trinkverhalten, nun bei der Gruppenteilnahme nach dem Gesamterfolg der aufwendigen Therapiebemühungen, so liegt die Erfolgtquote etwas niedriger als bei der Abstinenz (s. o.):

Nur 44 % (Tab. 11) haben ihre Zusage erfüllt, die ambu-

lante Nachsorge bis zum Ende durchzuführen. Die Teilnahmedauer liegt mit 27 Wochen nur knapp über der Hälfte der geplanten 52 Wochen (Tab. 9); diese Zahl wird aber relativiert durch die Tatsache, daß nur 59 % der Nachsorgegruppen planmäßig zu Ende geführt werden konnten (Tab. 8; vorzeitig fielen aus 29 %, offenes Gruppenangebot: 12 % - alle Angaben auf betroffene Patienten bezogen) mit einem mittleren Nachsorgeangebot von 39 Wochen (Tab. 7). Damit beträgt die mittlere "Ausfallzeit" der Differenz zwischen Teilnahmedauer und Gruppenangebot für alle Patienten 12 Wochen (zur Verteilung siehe Tab. 10), nur für die Abbrecher selber 21 Wochen.

Anders gesagt, wurde das Nachsorgeangebot von allen Patienten zu 69 % ausgenutzt, von den Abbrechern immerhin noch zu 46 %.

Verglichen mit den Zahlen für Therapieabbrecher bei ambulanten Behandlungen (BAEKELAND & LUNDWALL (7), s. o.), die mit 52 % - 75 % angegeben werden, liegen obige Ergebnisse im positiven Ende der Skala; verglichen mit stationären Behandlungen (7) (Therapieabbrecher im Mittel: 28 %, Bereich: 13,7 - 39,2 %) machen sie deutlich, daß der ambulante Teil der Therapie eben doch von vielen Patienten als "unverbindliche Nachsorge" aufgefaßt wird.

Vom Patienten selbst nicht zu vertretende Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Nachsorge (sog. "äußere Gründe") sind in Tab. 15 angegeben und machten im Schnitt (für alle Patienten berechnet) 2 Wochen aus; am häufigsten genannter Grund ist die Verlegung des Wohnsitzes aus dem Einzugsbereich der Klinik heraus.

14.2.4 Trinkverhalten, Gruppenteilnahme und Informationsaustausch im zeitlichen Verlauf

Neben der Betrachtung der "Erfolgszahlen" von Trinkverhalten und Gruppenteilnahme gegen Ende des Nachsorgeangebotes vermag die Darstellung des zeitlichen Verlaufes beider Variablen während der ambulanten Therapie

einen Eindruck von den auftretenden Schwierigkeiten zu geben; der Einfluß der Kontakte kann bei diesen "Globalzahlen" (d. h. den zeitlichen Gesamtverlauf kennzeichnenden Zahlen) nicht ermittelt werden.

Trinkverhalten: 49 % der Patienten werden einmal oder mehrfach im Verlauf der ambulanten Therapie rückfällig mit einer mittleren Gesamtdauer aller Rückfälle von 18 Wochen (die zeitliche Verteilung zeigt Tab. 36); für alle Patienten (also auch die abstinent gebliebenen mitgerechnet) beträgt die mittlere Rückfalldauer 9 Wochen oder 28 % der Nachsorgezeit (abzüglich "Fehlzeiten aus äußeren Gründen").

28 % der Rückfälligen werden mehrfach rückfällig (damit zwischenzeitlich aber auch abstinent!), einige bis zu 4-mal (Tab. 37). Ein Teil der (zumindest zeitweiligen) Erfolge bei diesen Patienten (aber auch nicht alle nur einmal Rückfälligen bleiben dies bis Abschluß der Therapie!) dürfte auf das Konto der Kontakte bzw. Interventionen gehen.

Eine indirekte Erfolgszahl ähnlicher Größenordnung folgt aus dem Vergleich, daß 49 % der Patienten (mindestens einmal) rückfällig werden, gegen Therapieende die Rückfallquote aber unter 30 % liegt (s. o., Tab. 35); dies entspricht einem (eventuell kurzzeitigen) Erfolg um erneute Abstinenz von ca. 40 %, eine Zahl, die deutlich über der in der Literatur (6) angegebenen Spontanremission von 10 - 15 % liegt (s. o.).

Bezüglich der Gruppenteilnahme während der ambulanten Therapie gelten folgende Zahlen:

54 % der Patienten sind einmal oder mehrfach abwesend in ihrer ambulanten Bezugsgruppe (dabei wird "begründetes" Fehlen nicht gerechnet und mehrfaches Fernbleiben hintereinander ohne zwischenzeitliche erneute Teilnahme als eine "Fehlzeit" angesehen).

Alle Patienten sind im Mittel 15 Wochen abwesend (Tab. 23).

Der Mittelwert nur für die wirklich Fehlenden beträgt 28 Wochen bzw. die mittlere Teilnahmedauer beträgt (bei 39 Wochen Nachsorgeangebot abzüglich 2 Wochen für "Fehlen aus äußeren Gründen") 22 Wochen; dies entspricht einer zeitlichen Ausnutzung des Nachsorgeangebots von 59 %.

Man beachte, daß sich diese ("Netto"-) Teilnahmedauer von den weiter oben angegebenen 27 Wochen darin unterscheidet, daß letztere bis zum letzten Teilnahmetag gerechnet werden ohne Berücksichtigung der Tatsache, daß der Patient auch "zwischenzeitlich" fehlte. Wie ein Vergleich beider Zeiten (27 Wochen Gesamtteilnahmedauer, 22 Wochen "Netto"-Teilnahme) zeigt, verteilen sich die 15 Wochen Fehlzeiten auf 5 Wochen, während derer sich der Patient noch der Gruppe zugehörig fühlte (was er durch erneute Teilnahme nach dem Fernbleiben bewies) und 10 Wochen, während derer noch ein Nachsorgeangebot besteht, der Patient aber nie mehr in der Gruppe erscheint und wohl auch nicht mehr an ihr interessiert ist.

31 % der Abwesenden fehlen mehrfach (und haben damit zwischenzeitlich auch wieder an der Gruppe teilgenommen!) einige bis zu 4-mal (Tab. 24); ein Teil dieser Wiederteilnahmen dürfte aufgrund von Kontakten zustande gekommen sein.

56 % der Patienten haben die ambulante Nachsorge nicht bis zum Abschluß durchgeführt (vgl. vorheriger Abschnitt und Tab. 11). In dieser Zahl enthalten sind jene 12 %, die aus äußeren Gründen nicht weiterhin teilnehmen konnten, es bleiben demnach 44 %, die aus subjektiven Gründen vorzeitig "aussteigen". Ein Vergleich mit obigen 54 % Patienten, welche mindestens einmal ernsthaft den Gruppenbesuch unterbrechen, zeigt, daß ca. 19 % der Fehlenden von einer weiteren Teilnahme bis zum Gruppenabschluß überzeugt werden können.

Damit liegt die Erfolgsquote bezüglich erneuter Gruppenteilnahme nur etwa halb so hoch wie jene 40 % bezüglich erneuter Abstinenzgewinnung.

Ein letzter Aspekt schließlich zur Kommunikation zwischen Patient und Klinik: Liegt die Gruppenteilnahmedauer im Mittel bei 27 Wochen, so bedeutet dieses nicht den Abbruch der Kommunikation durch das Ausscheiden des Patienten. Vielmehr wird durch wechselseitige Kontakte der Zeitpunkt, zu welchem man "zum letzten Male etwas voneinander gehört hat" ("letzter Informationsaustausch") auf die 31. Woche hinausgeschoben (Tab. 12). Eine Übersicht über die Umstände dieser "letzten Kommunikation" gibt Tab. 13; demnach finden 70 % in der Gruppe statt, 20 % bei einer ambulanten Intervention seitens der Klinik (die damit ihr Ziel einer Widerkehr zur Gruppe nicht erreicht hat!) und 6 % als Patienteninitiative (die damit ungehört verhallt ist!).

14.2.5 Persönliche Patientendaten

Einen Überblick über einige allgemeine Daten der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme gibt Tab. 6. Sie zeigt, daß keine besondere Auswahl der Patienten nach sozialen Kriterien erfolgt. Zwei Besonderheiten fallen auf:

43 % der Patienten besitzen kein Telefon und machen damit bei einer ambulanten Intervention einen Hausbesuch erforderlich; umgekehrt erfolgt die Mehrzahl der Initiativen von Patientenseite über das Telefon (Tab. 21), hier wird eine deutliche Kommunikationshürde deutlich.

87 % der Patienten haben ihren Wohnsitz außerhalb Tübingens; hier sind spätere Konflikte bei der Gruppenteilnahme schon vorprogrammiert (vgl. Tab. 14 und 25, Klage über zu lange Anfahrtswege als Begründung des Fernbleibens).

14.3 Bemerkungen zur Methodik

Ausgewertet wurden für diese Studie die Klinikaufzeichnungen von 271 Patienten aus einem Aufnahmezeitraum von 2 Jahren; dabei waren von 252 Patienten die Unterlagen vollständig und vertrauenswürdig, wie durch Doppelerfas-

sung aller Ereignisse kontrolliert werden konnte. Die Auswertung von 1734 Erhebungsbögen erfolgte maschinell, dabei wurden Sekundärdaten erzeugt (siehe Abschnitt 16).

Da retrospektiv angelegt, kann die vorliegende Untersuchung nur beschreibende Daten liefern; alle Aussagen über Erfolge sind interpretativ unter der Annahme, ohne die betrachtete Beeinflussung bliebe alles unverändert (z. B.: "ohne Kontakt keine Rückkehr zur Gruppe") oder die Änderung wäre zumindest nicht so stark ausgeprägt (z. B. niedrige Spontanremission bei Rückfälligen in der Literatur).

Ein Vergleich unterschiedlicher Beeinflussungen ist nicht möglich (z. B. eine Aussage dergestalt, daß Hausbesuche erfolgreicher sind als Telefonanrufe), da keine zufällig verteilten Grundgesamtheiten vorliegen. (Hingegen arbeiten die 4 im Literaturteil aufgezählten Studien zur intensivierten Nachsorge mit (zeitverschobenen) Kontrollgruppen). Damit sind alle (weiter unten angestellten) Überlegungen ebenfalls interpretativ.

Insbesondere ist auf die (in der Literatur völlig übersehene) wichtige Frage, ob eine durch Intervention erreichte höhere Teilnahmebereitschaft an der Nachsorge auch eine höhere Abstinenzquote bedeutet, keine Antwort möglich (d. h., der Zweifel, ob nicht aufgrund einer Intervention nur diejenigen wieder zur Gruppe kommen, die auch außerhalb nicht rückfällig würden bzw. in der Gruppe genauso rasch - und dann eventuell die Gruppe wieder verlassen, ist nicht widerlegbar).

Vergleiche mit der Literatur bezüglich des Erfolgs von Interventionskonzepten sind wegen dem oben Gesagten nur sehr bedingt möglich: Die Arbeiten von HUNT (34), INTAGLIATA (35) und MECHKUNOV (54) berichten über globale Erfolge gegenüber Kontrollgruppen bei aktiverer Nachbetreuung ohne Differenzierung einzelner Einflußvariablen. Zum Vergleich zu HIGGINS & PANEPINTO (zitiert nach 7) über Senkung der Abbruchquote durch Anschreiben der Fehlenden vermag die vorliegende Studie wenig beizutragen, da nicht aussagbar ist, was geschehen wäre, wenn keine Briefe geschrieben worden wären.

14.4 Schlußfolgerungen

Rückbeziehend auf die Ausgangsfrage nach dem Einfluß von Kontakten auf Gruppenteilnahme und Trinkverhalten sowie nach der Wechselbeziehung zwischen letzteren sollen einige zusammenfassende Aussagen ausgesprochen und Schlußfolgerungen gezogen werden.

Eine Arbeitshypothese des Tübinger Therapiekonzepts wird gebildet durch die Annahme, daß regelmäßige Gruppenteilnahme die Beibehaltung der Abstinenz fördert. Dementsprechend wird vom therapeutischen Ansatz her (gleich?) großer Wert gelegt auf das "in der Gruppe bleiben" wie auf die Abstinenzerhaltung; diese Haltung zeigt sich u. a. darin, daß auch bei recht sicher anzunehmender Abstinenz ein Patient bei Nichterscheinen zum Gruppentreff von seiten der Klinik kontaktiert wird.

Zu einer wichtigen Fragestellung wird demzufolge die nach den gegenseitigen Konsequenzen von Gruppenteilnahme und Trinkverhalten für einander, zu einer weiteren die nach der Beeinflußbarkeit beider Variabler durch Kontakte, auch in einer vergleichenden Betrachtung.

Zur ersteren Frage:
Gruppenteilnahme ist keine sichere Prophylaxe gegen Rückfall (87 % der Rückfälle ereignen sich in der Gruppe).

Dem Rückfall folgt häufig und relativ rasch die Nichtteilnahme an den weiteren Gruppentreffen.

Das Gegenteil gilt weniger stringent: Obwohl prozentual innerhalb der Gruppe (d. h. bei Teilnahme an den Gruppentreffen) mehr Patienten abstinent sind als außerhalb (eine Tatsache, deren Ursache sehr unterschiedlich interpretiert werden kann: positiver Gruppeneinfluß, "Wohlwollen" der Abstinenten bezüglich Gruppenteilnahme, "Unwohlsein" oder "Ärger" der Rückfälligen über ständige Vorhaltungen in der Gruppe) und die Rückfallquote nach Verlassen der Gruppe ansteigt, führt ein Fernbleiben nicht mit der gleichen Konsequenz zum Rückfall wie umgekehrt.

Zum (vergleichenden) Einfluß der Kontakte und zur Änderungsfähigkeit (und/oder -bereitschaft) der Patienten (2. Fragestellung):

Die Motivation der Rückfälligen zur Abstinenz ist größer als die Bereitschaft Ferngebliebener zur erneuten Gruppenteilnahme; diejenigen Rückfälligen, die an der Gruppe (wieder/weiterhin) teilnehmen (wollen), sind auch bezüglich erneuter Abstinenz die Motivierteren.

Die Mehrzahl der Kontakte wird von seiten der Klinik initiiert; bei Rückfall hingegen wird überdurchschnittlich häufig von seiten des Patienten (oder eines Angehörigen) mit der Klinik Kontakt aufgenommen; bei Interventionen seitens der Klinik besteht in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle Unklarheit über das Trinkverhalten des Patienten; dabei neigt man therapeutischerseits zu einer pessimistischeren Vorannahme als der Realität entspricht.

Die Erfolge der Kontakte liegen (auf das Einzelereignis wie auf den Patienten im Gesamtzeitraum bezogen) bezüglich des Trinkverhaltens günstiger (wegen der besseren "Vormotivation") als bezüglich der Gruppenteilnahme; dabei liegt die Erfolgsquote positiver Beeinflussung bei günstiger Betrachtungsweise bei etwa 1/3, z. T. aber weit darunter; der Großteil vor allem der Interventionen von Klinikseite verläuft frustran.

Bei Kontakten ist die Prozentzahl derjenigen Rückfälligen, die sich (noch zusätzlich zu den schon positiv Motivierten) vom Urteil konsequenter Abstinenz überzeugen lassen (laut verbaler Zusage!), geringer als bei den der Gruppe Ferngebliebenen bezüglich Wiederteilnahme. Hingegen ist der prozentuale Anteil derjenigen, die ihre zugesagte Absicht in die Tat um(zu)setzen (vermögen), bei Rückfälligen und Ferngebliebenen etwa gleich groß.

Der Gesamterfolg der Therapie liegt bezüglich erhaltener Abstinenz höher als bezüglich der (vom Patienten im Therapievertrag zugesagten) Teilnahme am Nachsorgeangebot. Im Literaturvergleich stehen die Ergebnisse des

Tübinger Therapiekonzepts bezüglich des Trinkverhaltens gut da, bezüglich der Abbrecherquote liegen die Resultate besser als bei vergleichbaren ambulanten und schlechter als bei (langzeit-) stationären Einrichtungen.

Aus den voranstehenden Aussagen ergeben sich unmittelbar zwei Schlußfolgerungen:

1. Die Patienten tun in ihrer Mehrheit, was sie selbst für richtig halten, die Beeinflußbarkeit ist relativ gering; diese Aussage gilt für das Trinkverhalten wie für die Gruppenteilnahme. Nur gibt es bezüglich des Trinkverhaltens mehr "Unglücksfälle" und daraus folgend bei Rückfall eine positivere Motivation zur Änderung, mehr Eigeninitiative und bessere Erfolge bei unterstützenden Kontakten als bezüglich der Gruppenteilnahme.

2. Die Teilnahme an der ambulanten Gruppe kann einen Rückfall nicht (sicher) verhindern (über die Größenordnung dieser "prophylaktischen Gruppenwirkung" läßt sich wegen fehlender Vergleichsmöglichkeit keine Aussage treffen); Die Gruppe ist aber wichtig zur Wiedererlangung der Abstinenz (sog. "kurative Aufgabe" der Gruppe). Dieser Zusammenhang wird von vielen Patienten erkannt (mit den Konsequenzen eines Verbleibens oder einer Rückkehr in die Gruppe bei Abstinenzwunsch oder einem Verlassen der Gruppe bei schwach ausgeprägter Abstinenzmotivation).

   Es erscheint überlegenswert, ob vom therapeutischen Konzept her dieser "kurativen" Aufgabe der Gruppe mehr Anerkennung zugestanden werden sollte gegenüber der bisher stärker in den Vordergrund gerückten prophylaktischen Notwendigkeit der ununterbrochenen Gruppenteilnahme.

Konkret hieße dies, seitens der Therapeuten weniger Kraftanstrengung darauf zu verwenden, schlecht motivierte (aber abstinente!) Patienten wieder zur Gruppenteilnahme zu bewegen und stattdessen verstärkt jene Patienten vor-

sorglich auszumachen, die bei Rückfall die Gruppe als "hilfreiches Netz" gut gebrauchen könnten, allein aber den Zugang zu ihr nicht finden.

15. Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung befaßt sich mit den Interaktionen während des ambulanten Teils eines einjährigen gemischt stationär-ambulanten Therapieprogramms für Alkoholkranke an der Tübinger Universitätsnervenklinik. Wichtiger Bestandteil dieses Therapiekonzeptes sind sogenannte "Krisenin-terventionen" bei Patienten, die rückfällig geworden sind oder nicht mehr zu den Gruppentreffen erscheinen. Dabei steht insbesondere das Erreichen der regelmäßigen Teilnahme der Patienten an dem (verpflichtenden) Nachsorgeangebot als weiteres wichtiges Ziel neben demjenigen der Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Abstinenz.

Aufgabe dieser Studie ist die Beantwortung der Frage nach dem Einfluß dieser Interventionen (Brief, Telefonanruf, Hausbesuch) insbesondere auf Trinkverhalten und - wegen der Annahme der positiven Bedeutung für die Erhaltung der Abstinenz -, auch auf den regelmäßigen Gruppenbesuch. Die wechselseitige Beeinflussung von Trinkverhalten und Gruppenteilnahme ergibt sich als weiterer Beobachtungsgegenstand von selbst. Da häufig Patienten (oder ihre Angehörigen) von sich aus die Klinik außerhalb der Gruppensitzungen kontaktieren und diese Kontakte von Interventionen seitens der Klinik in ihrem Wechselspiel wie in ihrer Auswirkung nicht zu trennen sind, wird insgesamt der Einfluß dieser "Kontakte" auf die anderen Variablen betrachtet.

Die vorliegende Untersuchung ist retrospektiv, sie erfolgt unter Auswertung vorliegender patientenbezogener Aufzeichnungen (Krankenblätter und Verlaufsbögen) sowie von Gruppenprotokollen und versteht sich als Pilot-Studie. Die zu erwartenden Ergebnisse sind demgemäß nicht teststatistisch abgesichert, beschreibender Natur und in Zusammenfassungen interpretativ.

Der Erhebungszeitraum beträgt 2 Jahre, die Zahl der untersuchten Patienten 271. Die Arbeit liefert Daten zur Person und zu den Lebensumständen der Patienten, zum Nachsorgeangebot sowie zur Gruppenteilnahme und zum Trinkverhalten (Dauer, Häufigkeit und Länge von Fehl- bzw. Rückfallzeiten, Begleitumständen und Motiven); sie gibt eine Übersicht über Art, Häufigkeit und Initiator von Kontakten, sowie über die wechselseitige Beeinflussung der drei letztgenannten Variablen (Kontakte, Trink- und Gruppenverhalten).

Zusammenfassende Ergebnisse sind:
Gruppenteilnahme ist keine sichere Prophylaxe gegen Rückfall; 87 % der Rückfälle ereignen sich trotz Anwesenheit bei den Gruppentreffen.
Rückfälligkeit zieht häufig und relativ rasch die Nichtteilnahme an der Nachsorge nach sich; die Umkehrung gilt nicht mit gleicher Konsequenz.
Zur erneuten Abstinenz entschlossene Rückfällige sind auch zur Gruppenteilnahme besser motiviert; sie nehmen von sich aus eher Kontakt mit der Klinik auf als nicht rückfällig gewordene (bei den Gruppentreffen) Fehlende.
Die Erfolge der Kontakte liegen bezüglich der positiven Beeinflussung des Trinkverhaltens (29 %) günstiger als bezüglich der Gruppenteilnahme (23 %); dieselbe Aussage gilt bezüglich des Erfolges der gesamten einjährigen Therapie (bei Abschluß über 70 % Abstinente und 44 % Nichtabbrecher). Ursache ist die bessere Motivation der Patienten hinsichtlich des Abstinenzziels als bezüglich der Einsicht in die Notwendigkeit der Gruppenteilnahme.

Eine wichtige Schlußfolgerung der Untersuchung ist die der gleichberechtigten Anerkennung der kurativen Bedeutung der (erneuten) Gruppenteilnahme bei Rückfall neben ihrer prophylaktischen Wirksamkeit und die Empfehlung einer entsprechenden Flexibilisierung des Therapiekonzepts.

16. Datenerhebungsbögen

Auf den folgenden 11 Seiten sind zu finden:

1. Die 6 (Original-) Erhebungsbögen (A - F);
2. eine Erläuterung zur Bedeutung der Spalten 32 und 33 im Erhebungsbogen A ("Berufsschlüssel");
3. drei berechnete Datenbögen.

Diese "Sekundärdaten" wurden durch ein eigenes Programm aus den "Primärdaten" der Erhebungsbögen erstellt. Die Zahlen geben die Speicherplätze dieser (von alten auf neue Speicherplätze) "umgesetzten" Daten jeweils auf einer von "1" bis "3" durchnummerierten (imaginären) Lochkarte an (in Wirklichkeit erfolgte die Zwischenspeicherung auf Band).

Die Sekundärdaten standen für die Auswertung (während derer sich erst ihr Bedarf herausstellte) wie die Primärdaten zur Verfügung.

Die Bezugnahme im Text (meist in Tabellen) auf die Primärdaten erfolgt durch Angabe des Kennbuchstabens des Erhebungsbogens, gefolgt von der Spaltennummer; die Bezugnahme auf Sekundärdaten erfolgt durch Angabe der Kartenziffer und - mit Querstrich verbunden - der Speicherplatznummer.

Jobs-Nr. 0595/2001/172 Richard Brems

ERHEBUNGSBOGEN "A" (STAMMDATEN)

Generelle Notation: = entfällt, Frage trifft nicht zu
7 = andere Alternative als angeboten
8 = keine Angabe, evtl. noch eruierbar
9 = keine Angabe, nicht eruierbar
(bei Zahlen entspr. "99", "999" etc.)

Es wird nach links mit Nullen aufgefüllt !

A1 Datenidentifizierung:

A1a LAUFENDE NUMMER DES PATIENTEN

4-5 | 0 | 0 | A1b LAUFENDE NUMMER DES STAMMDATENBOGENS

A2 Datenzuordnung:

6-7 A2a ANZAHL DER ZUSTÄNDE

8-9 A2b ANZAHL DER GRUPPENPHASEN

10-11 A2c ANZAHL DER TRINKPHASEN

12-13 A2d ANZAHL DER ALTERNATIVPHASEN

14-15 A2e ANZAHL DER KONTAKTE

A3 Personendaten:

18 A3a AUFNAHME-NR. IN STATIONSBUCH

24 A3b AUFNAHME-DATUM

30 A3c GEBURTS-DATUM

31 A3d GESCHLECHT 1 = ♂ 2 = ♀

32-33 A3e Beruf (nach Schlüssel)

34 A3f STAND 1 = ledig 2 = verh. 3 = geschied. 4 = verw.

35 A3g WOHNSITZ 1 = in Tübingen 2 = außerhalb Tbgs. 3 = ohne

36 A3h TELEFON 0 = nein 1 = ja

37 A3i ÜBERWEISUNG DURCH 1 = eig. Entschluß 4 = Nervenklinik
2 = Hausarzt 5 = andere Klinik
3 = Facharzt 6 = Beratungsstelle

A4 Gruppendaten:

38-39 A4a GRUPPEN-NR. (00 = keine feste Gruppe)

40-41 A4b DAUER DER GRUPPE IN WOCHEN = keine feste Gruppe

42 A4c ENDE DER GRUPPE 1 = regulär 2 = vorzeitig

A5 Individuelle Teilnahme an der Gruppe:

43 A5a TEILNAHME BIS ENDE DER GRUPPE ? 1 = ja 3 = ja, aber ohne
2 = nein 4 = nein regul. Gr.

44-45 A5b DAUER DER TEILNAHME IN WOCHEN

[illegible] A5c [illegible] AN GRUPPENDAUER ?

A6 Letzter Kontakt zwischen Klinik und Patient:

48 A6a ART DES LETZTEN KONTAKTES (bei dem es zu Austausch oder Mitteilung kommt)
1 = AI 4 = über Mitpatient
2 = SI 5 = über offizielle Stelle
3 = PI 6 = Zufälliges Treffen

49-50 A6b IN WELCHER WOCHE LETZTER KONTAKT ?

51 A6c LIEGT DER LETZTE KONTAKT VOR ODER NACH DEM OFFIZIELLEN ENDE DER GRUPPE ? 1 = davor 2 = danach 3 = fallen zus.

A7 Status und Trinkverhalten bei endgültigem Ausscheiden:

52 A7a STATUS (= GRUND) FÜR ENDGÜLTIGES AUSSCHEIDEN
= entf., Gr. zu Ende 1 = Kur 3 = Gefängnis 5 = Umzug
0 = nur subj. Grund 2 = PLK 4 = Drogenhilfe 6 = Suicid

53 A7b SUBJEKTIVER GRUND FÜR ENDGÜLTIGES AUSSCHEIDEN 0 = äußerer Gr.
1 = Rückfall, geniert sich 4 = gibt Alternat. an (AA)(ab.)
2 = R., will mäßig trinken 5 = Gr. bringt nichts (abst.)
3 = R., will allein abst. w. 6 = Weg zu weit (abst.)

54 A7c TRINKVERHALTEN ZUR ZEIT DES ENDGÜLTIGEN AUSSCHEIDENS
1 = sicher abst. 3 = vermutl. rückf. 4 = trinkt sicher kont
2 = vermutl. ab. 5 = trinkt sicher exz.

A8 Status und Trinkverhalten bei letztem Kontakt:

55 A8a STATUS (= GRUND) BEI LETZTEM KONTAKT (wie oben)

56 A8b SUBJEKTIVER GRUND FÜR FEHLEN BEI LETZTEM KONTAKT (wie oben)

57 A8c TRINKVERHALTEN BEI LETZTEM KONTAKT (wie oben)

A9 Status und Trinkverhalten bei Gruppenende:

58 A9a STATUS BEI GRUPPENENDE (wie oben)

59 A9b SUBJEKTIVER GRUND FÜR FEHLEN BEI GRUPPENENDE (wie oben)

60 A9c TRINKVERHALTEN BEI GRUPPENENDE (wie oben)

A10 Antabuseinnahme während des Gruppenverlaufes:

61 A10a ZUSTAND NACH ERSTEM ANTABUSABSETZEN

62-63 A10b DAUER BIS ZUM ERSTEN ABSETZEN

64-65 A10c DAUER BIS ZUM ENDGÜLTIGEN ABSETZEN

66-67 A10d ANZAHL DER EINNAHMEPERIODEN

68 A11 VERLAUF 1 = kein Fehlen, Rückf., Altern., Kontakt (=Z1)/ 0 = a

69 A12 DATENVOLLSTÄNDIGKEIT 1 = vollständig 3 = Daten nachzutr.
2 = unvollständig 4 = 2 + 3
5 = nur für Personendaten verwertbar 6 = nicht verwertbar

76 | 1 | KARTENART

77-80 | 0 | 3 | 9 | 3 | PROJEKT-NUMMER

duplizieren

ERHEBUNGSBOGEN "B" (ZUSTANDSVERLAUF)

B1 Datenidentifizierung:

1-3 [ ][ ][ ] B1a LAUFENDE NUMMER DES PATIENTEN

4-5 [ ][ ] B1b LAUFENDE NUMMER DES ZUSTANDS

6-7 [ ][ ] B1c BEGINN DES ZUSTANDS (Woche)

8-9 [ ][ ] B1d ENDE DES ZUSTANDS (Woche)

10 [ ] B1e LETZTER ZUSTAND ? 1 = nein 2 = ja

11 [ ] B1f ART DES ZUSTANDS 1 = Pat. in Gr., abst. 2 = Pat. fehlt, abs.
3 = Pat. in Gr., rückf. 4 = Pat. fehlt, rf.
0 = Suicid 5 = SA (stat. Alternat.) 6 = Umzug

B2 Datenzuordnung:

12-13 [ ][ ] B2a GRUPPENPHASE NR. .....

14-15 [ ][ ] B2b TRINKPHASE NR. .....

16-17 [ ][ ] B2c ALTERNATIVE NR. .....

18-19 [ ][ ] B2d KONTAKTE VON .....

20-21 [ ][ ] B2e BIS .....

B3 Zustandsänderung (Nur bei Z2 und Z4 1):

22 [ ] B3a ART DES FOLGENDEN ZUSTANDS

23 [ ] B3b ART DES LETZTEN KONTAKTES, DER SUBJEKTIV ZUR ÄNDERUNG FÜHRT
1 = AI 2 = SI 3 = PI(Pat.) 4 = PI(Angeh.) 5 = NK

24 [ ] B3c AUF WESSEN URSÄCHLICHE INITIATIVE HIN ENTSTEHT OBIGER KONTAKT ?
0 = kein Kontakt 1 = Klinik 2 = Patient 3 = Angehörige
4 = Mitpat. 5 = off. St. 6 = zuf. Treffen

B4 Antabuseinnahme:

25-26 [ ][ ] B4a ZAHL DER WOCHEN ANTABUSEINNAHME

76 [2] KARTENART

77- [2][3][3][3]

ERHEBUNGSBOGEN "C" (GRUPPENPHASEN)

C1 Datenidentifizierung:

1-3 C1a LAUFENDE NUMMER DES PATIENTEN

4-5 C1b LAUFENDE NUMMER DER GRUPPENPHASE

6-7 C1c BEGINN DER GRUPPENPHASE (Woche)

8-9 C1d ENDE DER GRUPPENPHASE (Woche)

10 C1e LETZTE GRUPPENPHASE ? 1 = nein 2 = ja

11 C1f ART DER GRUPPENPHASE 1 = anwesend 2 = fehlt (aus subj. Grund)

C2 Datenzuordnung:

12-13 C2a ZUSTÄNDE VON .....

14-15 C2b BIS .....

16-17 C2c KONTAKTE VON .....

18-19 C2d BIS .....

C3 Kontext:

20 C3a WO LEBT DER PATIENT ZU BEGINN DER GRUPPENPHASE ?
1 = allein 2 = mit anderen 3 = zu Besuch 6 = ohne Wohns.

21 C3b WIRD DER PATIENT RÜCKFÄLLIG ? 0 = nein 1 = "versehentlich" ein Schluck
2 = einmaliger beschr. Alkoholgenuß
3 = regelmäßiger Alkoholgenuß 4 = Kontrollverlust

22-23 C3c ANZAHL AI .....

24-25 C3d ANZAHL SI .....

26-27 C3e ANZAHL PI .....

28-29 C3f ANZAHL NK .....

30 C4 SUBJEKTIVER GRUND FÜR FEHLEN (NUR G2 !):

1 = Rückfall, geniert sich 4 = gibt Altern. an (AA)(abst.)
2 = P., will mäßig trinken 5 = Gr. bringt nichts (abst.)
3 = P., will all. abst. w. 6 = Weg zu weit (abst.)

C5 Initiativen und Kontaktaufnahmen (NUR G2 !):

31 C5a MACHTE PAT. ANDEUTUNGEN ODER ZEIGTE ER EINDEUTIGES VERHALTEN IN DER GRUPPE VOR SEINEM FERNBLEIBEN ? 0 = nein

	wollte abst. bl.	wollte tr.	trank
nicht bzgl Fehlen	1	3	5
er wollte fernbl.	2	4	6

32 C5b DURCH WEN KOMMT ERSTER KONTAKT NACH FERNBLEIBEN ZUSTANDE ?
0 = keiner 2 = PI(Pat) 4 = Mitpatient 6 = zuf. Tre
1 = AI 3 = PI(Ang) 5 = öff. St. (zB WE)

33-34 C5c GGFLS NUMMER DES KONTAKTES .....

35 C5d VON WEN GING URSÄCHLICHE INITIATIVE AUS ?
1 = Klinik 3 = Angehöriger 5 = off. Stelle
2 = Patient 4 = Mitpatient 6 = zufäll. Treffen

36 C5e VERMITTLUNG DES KONTAKTES
1 = Besuch 3 = Schreiben 5 = off. Nachricht
2 = Anruf 4 = Mitpat. 6 = zufäll. Treffen

37-38 C5f TAGE ZWISCHEN FERNBLEIBEN UND ERSTER INITIATIVE .....

39-40 C5g TAGE ZWISCHEN FERNBLEIBEN UND ERSTEM KONTAKT .....

41 C5h (NUR FALLS AI !) MOTIV FÜR AI BZGL TRINKVERHALTEN
0 = sicher kein R. 3 = R. wahrscheinl. 6 = R. sicher,
1 = R. unwahrscheinl. 4 = R. sicher Bitte v. An
2 = R.-Verdacht 5 = R. sicher, auf Bitte des Patiente

42-43 C6 WIEVIEL WOCHEN VOR LETZTER GRUPPENTEILNAHME LETZTE ANTABUSEIN
(NUR G2 !)

76 [3] KARTENART

77-80 [0 3 9 3] PROJEKT-NUMMER

duplizieren

ERHEBUNGSBOGEN "D" (TRINKPHASEN)

D1 Datenidentifizierung:

1-3 D1a LAUFENDE NUMMER DES PATIENTEN

4-5 D1b LAUFENDE NUMMER DER TRINKPHASE

6-7 D1c BEGINN DER TRINKPHASE (Woche)

8-9 D1d ENDE DER TRINKPHASE (Woche)

10 D1e LETZTE TRINKPHASE ? 1 = nein 2 = ja

11 D1f ART DER TRINKPHASE (SCHWERE DES RÜCKFALLS) 0 = abstinent
1 = "versehentlich" ein Glas 2 = beabsichtigt einmaliger Genuß
3 = regelmäßiger Alk.-Genuß 4 = Kontrollverlust

D2 Datenzuordnung:

12-13 D2a ZUSTÄNDE VON .....

14-15 D2b BIS .....

16-17 D2c KONTAKTE VON .....

18-19 D2d BIS ..... FOLGENDE FRAGEN NUR BEI RÜCKFALL (T1-T4) !

D3 Kontext Rückfall:

20 D3a WIE KAM ES ZUM RÜCKFALL ? 0 = "Aus Versehen" 1 = "verführt"
2 = ausprobieren ("sehen, wie es schmeckt")
3 = vorsätzlich ("sehen, ob ich mäßig trinken kann")
4 = "unbewußt" ("plötzlich fand ich mich in der Kneipe wieder")
5 = resigniert ("alles war mir egal")
6 = akuter Konflikt ("ich hatte mich geärgert")

21 D3b MOTIVATION BZGL. TRINKEN NACH RÜCKFALL 1 = will abst. werden
2 = will (mäßig) weitertrinken 3 = willenlos ("alles egal")

22 D3c WO FINDET RÜCKFALL STATT ?

	zu Hause	bei Freunden	in Lokal
allein	1	2	3
mit anderen	4	5	6

D4 Kontext Gruppe:

23-24 D4a WIEVIEL WOCHEN VOR RÜCKFALL ABWESEND ? 0 = gar nicht
1-4 = Zahl der Wochen 5 = länger als 4 Wochen gefehlt

25 D4b AN-/ABWESENHEIT NACH RÜCKFALL

	2.Treff	1.Treff	anwes.	gef.
	anwes.		1	3
	gefehlt		2	4

26 D4c GGFLS. SUBJEKTIVER GRUND FÜR ABWESENHEIT (vor/dann nach R.)
1 = Rückfall, geniert sich 4 = gibt Altern. an (AA) (abst.)
2 = R., will mäßig trinken 5 = Gruppe bringt nichts (abst.)
3 = R., will allein abst. w. 6 = Weg ist zu weit (abst.)
0 = äußere Altern.[illegible]

D5 Bekanntwerden des Rückfalls/Kontakte:

27 D5a FALLS PATIENT IN GRUPPE, WIE WURDE RÜCKFALL BEKANNT ?
0 = gar nicht (bzw. außerhalb der Gruppe)
1 = Pat. berichtet spontan
2 = Pat. berichtet auf Nachfrage
3 = durch Alco-Test
4 = Pat. leugnet, dringender Verdacht
5 = durch Mitpatient 6 = durch Angehörige

28 D5b FALLS PATIENT ABWESEND, WIE WURDE RÜCKFALL BEKANNT ?
0 = gar nicht (erst wesentlich später)
1 = durch AI 2 = durch PI(Pat) 3 = durch PI(Ang)
4 = durch Mitpat. 5 = durch offiz. Handeln (zB WE)
6 = durch Zufall (Begegnung)

29-30 D5c GGFLS.NUMMER DES KONTAKTES .....

31 D5d VERMITTLUNG 1 = Besuch 2 = Anruf 3 = Schreiben
4 = Mitpat. 5 = öff. Handeln 6 = zufäll. Tre

32 D5e VON WEM GING URSÄCHLICH INITIATIVE ZUM KONTAKT AUS ? 6 = Z
1 = Klinik 2 = Pat. 3 = Ang. 4 = Mitp. 5 = off.St.

33-34 D5f TAGE ZWISCHEN RÜCKFALL UND BEKANNTWERDEN .....

35-36 D5g TAGE ZWISCHEN RÜCKFALL UND ERSTER INITIATIVE .....

37-38 D5h TAGE ZWISCHEN RÜCKFALL UND ERSTEM KONTAKT .....

39-40 D6 WIEVIEL WOCHEN VOR RÜCKFALL LETZTE ANTABUSEINNAHME ?

76 [4] KARTENART

77-80 [0][3][9][3] PROJEKT NUMMER

ERHEBUNGSBOGEN "E" (ALTERNATIVPHASEN)

E1 Datenidentifizierung:

1-3 [ ][ ][ ] E1a LAUFENDE NUMMER DES PATIENTEN

4-5 [ ][ ] E1b LAUFENDE NUMMER DER ALTERNATIVPHASE

6-7 [ ][ ] E1c BEGINN DER ALTERNATIVPHASE (Woche)

8-9 [ ][ ] E1d ENDE DER ALTERNATIVPHASE (Woche)

10 [ ] E1e LETZTE ALTERNATIVPHASE ? 1 = nein 2 = ja

11 [ ] E1f ART DER ALTEINATIVPHASE 1 = Kur 2 = PLK 3 = Gefängnis
5 = Umzug 6 = Suicid 4 = Drogenhilfe (1-4 = Stat. Altern.)

E2 Datenzuordnung:

12-13 [ ][ ] E2a ZUSTAND NR. .....

14-15 [ ][ ] E2b KONTAKTE VON .....

16-17 [ ][ ] E2c BIS .....

E3 Kontext:

18 [ ] E3a WO LEBTE DER PATIENT VOR DER ALTERNATIVPHASE ?
1 = allein 2 = mit anderen 3 = zu Besuch 6 = ohne Wohnsitz

19 [ ] E3b ART DES ZUSTANDES VOR ALTERNATIVPHASE

SA (stationäre Alternative) = A1-A4

20 [ ] E4 ART DES ZUSTANDES NACH ENDE DER SA: (bei Kontaktaufnahme)

E5 Kontaktaufnahme nach Ende der SA:

21 [ ] E5a ÜBERDAUERT DIE SA DIE GRUPPE ? 1 = ja 2 = nein

22 [ ] E5b WIE KOMMT ES NACH DER SA ZUR KONTAKTAUFNAHME ?
0 = gar nicht, ohne Initiative
1 = Init. des Pat. 4 = Init. von Angeh.
2 = Init. der Klinik 5 = Init. von Mitpat.
3 = Init. der Klinik (ohne Kontakt) 6 = zufälliges Treffen

23-24 [ ][ ] E5c GGFLS. NUMMER DES KONTAKTES

25-26 [ ][ ] E5d TAGE ZWISCHEN SA-ENDE UND KONTAKTAUFNAHME

27 [ ] E5e NAHM PATIENT WIEDER AN GRUPPE TEIL ? 0 = nein, da SA länger
1 = nein, obwohl möglich 2 = ja, einige Male
3 = regelmäßig, aber nicht bis Ende 4 = regelm. bis Ende

A1 = Kur

28 [ ] E6 WAS WAR DER ANLAß FÜR DIE KUR ?
1 = drohender Rückfall 3 = mäßiges Trinken
2 = einmaliger Rückfall 4 = Kontrollverlust
In erster Linie soziale Gründe: 5 = kein R., 6 = mit R.

E7 Vermittlung zur Kur:

29 [ ] E7a BEI WELCHER GELEGENHEIT WURDE DIE KUR ABGESPROCHEN ?
1 = in der Gruppe 2 = AI 3 = SI 4 = PI(Pat) 5 = PI(An

30-31 [ ][ ] E7b GGFLS. NUMMER DES KONTAKTES

32 [ ] E7c VON WEM GING GGFLS. DIE INITIATIVE ZUM KONTAKT AUS ?
1 = Pat. 2 = Klinik 3 = Angehörige 4 = WE

33 [ ] E7d AUF WESSEN AUSDRÜCKLICHEN WUNSCH KAM ES ZUR KUR ?
1 = Pat. 2 = Klinik 3 = Pat. + Klinik 4 = Angehöriger

34-35 [ ][ ] E7e WOCHEN ZWISCHEN KURABSPRACHE UND KURBEGINN

E8 Die Kur:

36 [ ] E8a WURDE DIE KUR BEENDET ? 1 = ja 2 = abgebrochen

37 [ ] E8b NAHM PATIENT AN NACHBETREUUNG DER KURKLINIK TEIL ?
0 = nein, es gibt keine Nachbetr. 1 = nein, obwohl möglich
2 = ja, nimmt teil

A2 = PLK

38 [ ] E9 ERFOLGTE DER AUFENTHALT FREIWILLIG ? 1 = ja 2 = eingewiesen

A3 = Gefängnis

39 [ ] E10 WAS UND WANN WAR DER GRUND FÜR DIE INHAFTIERUNG ?

Delikt war	In Zushg. mit Alk.	Ohne Zushg. mit Alk.
vor Therapie	1	3
nach Therapie	2	4

A4 = Drogenhilfe

A5 = Umzug

40 [ ] E11 WIE WURDE UMZUG BEKANNT ? 1 = Pat. teilt es in Gruppe mit
2 = PI 3 = durch Mitpat. 4 = durch off. Mitteilung 5 = AI

A6 = Suicid

76 [5] KARTENART

77-80 [0][3][9][3] PROJEKT-NUMMER

duplizieren

ERHEBUNGSBOGEN "F" (KONTAKTE)

F1 Datenidentifizierung:

1-3 [ ][ ][ ] F1a LAUFENDE NUMMER DES PATIENTEN

4-5 [ ][ ] F1b LAUFENDE NUMMER DES KONTAKTES

6-7 [ ][ ] F1c WOCHE DES KONTAKTES

8 [ ] F1d LETZTER KONTAKT ? 1 = nein 2 = ja

9 [ ] F1e ART DES KONTAKTES 1 = AI (ambulante Intervention)
2 = SI (stationäre Intervention) 3 = PI (Patient-Initiative)
4 = NK (Non-Kontakt)

F2 Datenzuordnung:

10-11 [ ][ ] F2a ZUSTAND NR. .....

12-13 [ ][ ] F2b GRUPPENPHASE NR. .....

14-15 [ ][ ] F2c TRINKPHASE NR. .....

16 [ ] F2d ALTERNATIVPHASE NR. .....

F3 Zeitlicher Verlauf:

17-18 [ ][ ] F3a TAGE ZWISCHEN FEHLEN UND KONTAKT (77 = über 3 Monate)

19-20 [ ][ ] F3b TAGE ZWISCHEN BEKANNTWERDEN DES FEHLENS UND KONTAKT

21-22 [ ][ ] F3c TAGE ZWISCHEN RÜCKFALL UND KONTAKT

23-24 [ ][ ] F3d TAGE ZWISCHEN BEKANNTWERDEN DES RÜCKFALLS UND KONTAKT

F4 Kontext:

25 [ ] F4a WO LEBT DER PATIENT ZUR ZEIT DES KONTAKTES ?
1 = allein 2 = mit anderen 3 = zu Besuch 4 = umgezogen
5 = in Institution 6 = ohne Wohnsitz

26 [ ] F4b GGFLS. SUBJEKTIVER GRUND DES FEHLENS ZUR ZEIT DES KONTAKTES
= anwesend 0 = äußerer Grund
1 = Rückfall, geniert sich 4 = gibt Altern. an (AA)(abst.)
2 = R., will mäßig trinken 5 = Gruppe bringt nichts(abst.)
3 = R., will allein abst. w. 6 = Weg ist zu weit (abst.)

F5 Änderung der Motivation und Übereinstimmung mit Verhalten:
(NICHT BEI NK 1)

27 [ ] F5a ÄNDERUNG GRUPPENMOTIVATION (0 = ist anwesend)

	will kom.	will nicht
will kommen	1	3
will nicht k.	2	4

28 [ ] F5b ÄNDERUNG GRUPPENVERHALTEN

	anwesend	abwesend
anwesend	1	3
abwesend	2	4

29 [ ] F5c ZUSAMMENHANG MOTIVATION/VERHALTEN (0 = ist anwesend gewesen)

	will kom.	will n. k.
anwesend	1	3
abwesend	2	4

30 [ ] F5d ÄNDERUNG TRINKMOTIVATION (0 = ist abst.)

	will abst.	will trinken
will abst.	1	3
will trinken	2	4

31 [ ] F5e ÄNDERUNG TRINKVERHALTEN

	abstinent	rückf.
abstinent	1	3
rückf.	2	4

32 [ ] F5f ZUSAMMENHANG MOTIVATION/VERHALTEN (0 = ist abst. gewesen)

	will abst.	will tr.
abst.	1	3
rückf.	2	4

F6 ANDERE SUBJEKTIVE FOLGEN DES KONTAKTES: (NICHT BEI NK 1)

33 [ ] F6a FOLGTE DEM KONTAKT EINE SI ? 0 = nein 1 = WA 2 = WE 3 = WA/WE 4 = SB

34 [ ] F6b FOLGTE DEM KONTAKT EINE SA ? 0 = nein 1 = Kur 2 = PLK
5 = Kur geplant, aber nicht angetreten 3 = Gefängnis 4 = Drogenhilfe

AI (AMBULANTE INTERVENTION)

F7 AI-Identifikation:

35-36 [ ][ ] F7a LAUFENDE NUMMER DER AI

37 [ ] F7b ART DER AI 1 = Brief 2 = Anruf 3 = Hausbesuch
4 = Anruf (Angehörige erreicht)
5 = Hausbesuch (Angeh., Nachbarn erreicht)
6 = Hausbesuch (Zettel hinterlassen)
0 = Hausbesuch (vergeblich)
(vergebliche Anrufe werden nicht gezählt)

F8 Motivation für AI seitens der Klinik:

38 [ ] F8a WAR FERNBLEIBENWOLLEN ANGEKÜNDIGT WORDEN ? 0 = nein 1 = ja, in
Später durch: 2 = Pat. 3 = Ang. 4 = Nachbarn 5 = Mitpat.

39 [ ] F8b VERDACHT BZGL. TRINKVERHALTEN 0 = sicher kein Rückfall
1 = R. unwahrsch. 2 = R.-Verdacht 3 = P. wahrscheinlich
4 = R. sicher R. sicher, auf Bitte des 5 = Pat. 6 = Angeh.

40 [ ] F8c ÜBEREINSTIMMUNG VERMUTUNG/REALITÄT

Verm.:	abst.	R.-Verd.	R.
abst.	1	3	5
rückf.	2	4	6

F9 Subjektive Wechselwirkung zwischen AI und PI:

41 [ ] F9a GING DER AI EINE PI VORAUS ? 0 = nein 1 = Pat. 2 = Ang.
3 = Freunde 4 = Mitp. 5 = off. Stelle 6 = zufälliges Tr.

42 [ ] F9b VERMITTLUNG ? 1 = Brief 2 = Anruf 3 = Besuch auf Stat.
4 = Mitp. 5 = Ang. 6 = Freunde

43 [ ] F9c WIEVIEL TAGE LAGEN ZWISCHEN PI UND AI ?

44 [ ] F9d FOLGTE DER AI EINE PI ? 0 = nein 1 = Pat. 2 = Angeh.
3 = Freunde 4 = Mitp. 5 = off. St. 6 = zuf. Tr.

45-46 [ ] F9e WIEVIEL TAGE LAGEN ZWISCHEN AI UND PI ?

SI (STATIONÄRE INTERVENTION)

F10 SI-Identifikation:

47-48 [ ] F10aLAUFENDE NUMMER DER SI

49 [ ] F10bART DER SI 1 = WA (Wieder-Aufnahme auf B6)
2 = WE (Wieder-Einweisung auf geschlossene Station)
3 = WE/WA
4 = SB (Stationäre Betreuung, d.h. Pat. kommt täglich auf die Station, übernachtet nicht)

50-51 [ ] F10cDAUER DER SI IN TAGEN

52-57 [ ] F10dDATUM DER SI

F11 SUBJEKTIVE VERMITTLUNG DER SI:

58 [ ] F11aGING DER SI EINE AI VORAUS ? 0 = keine, ansonsten Art der AI

59-60 [ ] F11bANZAHL DER TAGE ZWISCHEN AI UND SI

61 [ ] F11cGING DER SI EINE PI VORAUS ? 0 = keine, ansonsten Art der PI

62-63 [ ] F11dANZAHL DER TAGE ZWISCHEN PI UND SI

PI (PATIENT-INITIATIVE)

F12 PI-Identifikation:

64-65 [ ] F12a LAUFENDE NUMMER DER PI

66 [ ] F12b WER IST DER INITIATOR ? (ART DER PI ?) 1 = Pat. 2 = Angeh.
3 = Freunde/Bek. 4 = Mitpat. 5 = off. Stelle 6 = zuf. Tr.

67 [ ] F12c VERMITTLUNG ? 1 = Schreiben 2 = Anruf 3 = Besuch auf Stat.
4 = Angeh. 5 = Mitp. 6 = Freunde/Bek.

F13 Subjektive Wechselwirkung zwischen PI und AI:

68 [ ] F13a GING DER PI EINE AI VORAUS ? 0 = nein, ansonsten Art der AI

69-70 [ ] F13b ANZAHL DER TAGE ZWISCHEN AI UND PI

71 [ ] F13c FOLGTE DER PI EINE AI ? 0 = nein, ansonsten Art der AI

72-73 [ ] F13d ANZAHL DER TAGE ZWISCHEN PI UND AI

NK (NON-KONTAKT)

74-75 [ ] F14 LAUFENDE NUMMER DES NK

76 [6] KARTENART

77-80 [0][3][9][3] PROJEKT-NUMMER

Berufsschlüssel

Es bedeuten in Erhebungsbogen A in Spalte 32:

Vorbildung:
0 - ohne Hauptschulabschluß
1 - mit Hauptschulabschluß, ungelernt, angelernt
2 - Facharbeiter, Geselle, mittlere Beamtenlaufbahn
3 - mittlere Reife, Fachschule, höhere Laufbahn
4 - Fachhochschule, Abitur, gehobene Laufbahn
5 - Universitätsabschluß

Es bedeuten in Erhebungsbogen A in Spalte 33:

aktuelles Arbeitsverhältnis:

0 - arbeitslos
1 - mitversorgtes Familienmitglied
2 - Rentner
3 - in Ausbildung stehend
4 - in abhängiger Stellung
5 - in selbständiger Stellung
6 - selbständiger Landwirt

Speicherplätze der umgesetzten Daten, Karte 1

1.	leer	41.	leer
2.	leer	42.	leer
3.	leer	43.	leer
4.	leer	44.	leer
5.		45.	leer
6.	Alter bei Aufnahme	46.	leer
7.	Halbjahr der Aufnahme (verschlüsselt)	47.	
8.	Geschlecht	48.	Anzahl Zustände
9.	Ausbildung	49.	
10.	Berufssituation	50.	Anzahl Fehlzeiten
11.	Stand	51.	
12.	Wohnsitz	52.	Anzahl Rückfälle
13.	Telefonbesitz	53.	
14.	Initiator der Einweisung	54.	Anzahl Alternativphasen
15.		55.	
16.	Nummer der Gruppe	56.	Anzahl Kontakte
17.		57.	leer
18.	Dauer der Gruppe	58.	
19.	Ende der Gruppe	59.	Summe der Länge (Gesamtdauer) Zustand 1
20.	Teilnahme bis Ende der Gruppe	60.	
21.		61.	" 2
22.	Dauer der Teilnahme an Gruppe	62.	
23.		63.	" 3
24.	Differenz Teilnahmezeit/Dauer der Gruppe	64.	
25.	Art des letzten Kontakts	65.	" 4
26.		66.	
27.	Zeitpunkt des letzten Kontakts	67.	" 5
28.	Letzter Kontakt vor Ende der Gruppe	68.	
29.	Äußerer Anlaß für endg. Ausscheiden; bei endg. Auss.	69.	" 6
30.	Subjekt. Grund "	70.	Anzahl Zustand 1
31.	Trinkverhalten bei endgültigem Ausscheiden	71.	" 2
32.	Äußerer Grund f. endg. Ausscheiden; bei letzt.Kont.	72.	" 3
33.	Subjekt.Grund "	73.	" 4
34.	Trinkverhalten bei letztem Kontakt	74.	" 5
35.	Äußerer Grund für endg. Ausscheiden; bei Gruppenende	75.	" 6
36.	Subjekt.Grund "	76.	Kartenart 1
37.	Trinkverhalten bei Gruppenende	77.	leer
38.	leer	78.	leer
39.	leer	79.	leer
40.	leer	80.	leer

Speicherplätze der umgesetzten Daten, Karte 2

1. leer
2. leer
3. leer
4. Zustand = 0 (Suicid)
5. Anzahl Zustand 1, folgend auf Zustand 2
6. " 2, "
7. " 3, "
8. " 4, "
9. " 5, "
10. " 6, "
11. Anzahl der letzten Kontakte bei Z2;Kontaktart = 0
12. " 1
13. " 2
14. " 3
15. " 4
16. " 5
17. Anzahl Initiator 0 bei Zustand 2
18. " 1 "
19. " 2 "
20. " 3 "
21. " 4 "
22. " 5 "
23. " 6 "
24. Anzahl Zustand 1, folgend auf Zustand 4
25. " 2, "
26. " 3, "
27. " 4, "
28. " 5, "
29. " 6, "
30. Anzahl der letzten Kontakte bei Z4; Kontaktart = 0
31. " 1
32. " 2
33. " 3
34. " 4
35. " 5
36. Anzahl Initiator 0 bei Zustand 4
37. " 1 "
38. " 2 "
39. " 3 "
40. " 4 "
41. Anzahl Initiator 5 bei Zustand 4
42. " 6 "
43. Vorliegen der letzten Zustandsphase
44. Vorliegen des letzten Kontakts bei Z 2, Z 4
45. Vorliegen der letzten Initiative bei Z 2, Z 4
46.
47. Summe der Fehlzeiten (Gesamtdauer)
48. leer
49. Wohnsitz bei letztem Fehlen
50. Bei Abwesenheit Anzahl Rückfallgesch. Art 0
51. " 1
52. " 2
53. " 3
54. " 4
55. Während Abwesenheit Anzahl AI insgesamt
56. " SI "
57. " PI "
58. Anzahl Grund 0 für Abwesenheit
59. " 1 "
60. " 2 "
61. " 3 "
62. " 4 "
63. " 5 "
64. " 6 "
65. " 7 "
66. " 8 "
67.
68.
69. Summe der Tage zwischen Fehlen u. erster Init.
70.
71.
72. Summe der Tage zwischen Fehlen u. erstem Kont.
73. Anzahl v.Zeiten üb. 3 Monaten zw.Fehlen u.Init.
74. leer
75. leer
76. Kartenart 2
77. leer
78. leer
79. leer
80. leer

Speicherplätze der umgesetzten Daten, Karte 3

1. leer
2. leer
3. leer
4.
5. Summe der Längen der Trinkphasen (Gesamtrückf.zeit)
6. Anzahl der Rückfälle Schwere 1
7. " 2
8. " 3
9. " 4
10. " 5
11. Anzahl Motivation bzgl.Alkohol nach Rückf.;Art 0
12. " 1
13. " 2
14. " 3
15.
16.
17. Summe der Tage zw. Rückfall u. Bekanntwerden
18.
19. Summe der Tage zw. Rückfall u. erster Init.
20.
21. Summe der Tage zw. Rückfall u. erstem Kont.
22. Anzahl von Zeiten über 3 Mon.zw.Rückf.u.Bekanntw.
23. Anzahl der Alternativphasen; Art 1
24. " 2
25. " 3
26. " 4
27. " 5
28. " 6
29. Gesamtzahl der AI
30. Gesamtzahl der SI
31. Gesamtzahl der PI
32.
33.
34. Summe der Tage zw. Fehlen u. erstem Kontakt
35.
36.
37. Summe der Tage zw. Rückf. u. erstem Kontakt
38. Anzahl Änderung Gruppenverhalt. Art 1 nach Kont.
39. " 2 "
40. " 3 "
41. Anzahl Änderung Gruppenverhalten;Art 4 nach Kont
42. Anzahl Änderung Trinkverhalten Art 1 nach Kont.
43. " 2 "
44. " 3 "
45. " 4 "
46. Anzahl der AI Art 0
47. " 1
48. " 2
49. " 3
50. " 4
51. " 5
52. " 6
53. Anzahl der SI Art 1
54. " 2
55. " 3
56. " 4
57. leer
58. Anzahl der PI Art 1
59. " 2
60. " 3
61. " 4
62. " 5
63. " 6
64. Art der einer AI vorangegang. PI; Anzahl Art 0
65. " 1
66. " 2
67. " 3
68. " 4
69. Art der einer PI vorangegang. AI; Anzahl Art 0
70. " 1
71. " 2
72. " 3
73. " 4
74. " 5
75. " 6
76. Kartenart 3
77. leer
78. leer
79. leer
80. leer

17. Literaturverzeichnis

1. Alterman, A. I.; Gottheil, E.; Skoloda, T. E.: Consequences of Social Modification of Drinking Behavior. In: J. Stud. Alc. 38, 5 /1977), pp. 1032 bis 1035.

2. Antons, K.; Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. 2 Bd. Göttingen 1976

3. Armor, D. J.; Polich, J.M.; Stambul, H.B.: Alcoholism and Treatment ("Rand Report"), Santa Monica 1976.

4. Armor, D.J.; Polich, J.M.; Stambul, H.B.: The "Rand report", a responce. In: J.Stud.Alc. 38 (1977), pp. 179 - 193.

5. Armor, D.J.; Polich, J.M.; Stambul, H.B.: Patterns of Alcoholism over Four Years. In: J.Stud. Alc. 41 (1980), pp. 397 - 416.

6. Baekeland, F.: Evaluation of Treatment Methods in Chronic Alcoholism. special chapter in: 10.

7. Baekeland, F.; Lundwall, L.K.: Engaging the Alcoholic in Treatment and Keeping Him There, special chapter in: 10.

8. Bateson, G.: The Cybernetics of "Self": A Theory of Alcoholism. In: Psychiatry, Vol. 34 (Febr. 1971), pp. 1 - 18.

9. Battegay, R.: Alkoholismus: aus psychiatrischer Sicht. In: Suchtgefahren XIX, 2 (1973), pp. 52 - 58.

10. Begleiter, H.; Kissin, B.: The Biology of Alcoholism, Vol. 5: Treatment and Rehabilitation of the Chronic Alcoholic. New York, London 1977.

11. Begleiter, H.; Kissin, B.: Theory and practice in the treatment of alcoholism, special chapter in: 10.

12. Bellak, L.; Small, L.: Kurzpsychotherapie und Notfall-Psychotherapie. Frankfurt 1972.

13. Blane, H.T.: Psychotherapeutic Approach, special chapter in: 10.

14. Briddell, D.W.; Nathan, P.E.: Behavioral Assessment and Treatment, special chapter in: 10.

15. Bromet, E.J.; Moos, R.:
Prognosis of alcoholic patients: comparison of abstainers and moderate drinkers. In: Brit. J. Addict. 74 (1979), pp. 183 - 188, zit. n.: J.Stud.Alc. 41 (1980), Nr. 122, p. 38.

16. Champ, R.L.:
Establishing an alcoholism treatment programm in a community hospital. In: Hosp.Prog. 55 (1974), pp. 76 - 77, zit. n.: J.Stud.Alc. 36 (1975), Nr. 261, p. 479.

17. Chvapil, M.; Delmastro, D.; Hymes, H.:
Outpatient Aftercare as a Factor in Treatment Outcome, a pilot study. In: J.Stud.Alc. 39 (1978), pp. 540 - 544.

18. Clark, W.B.:
Loss of Control, Heavy Drinking and Drinking Problems in a Longitudinal Study. In: J.Stud.Alc. 37, 9 (1976), pp. 1256 - 1269.

19. Costello, R.M.:
Alcoholism Treatment and Evaluation: In Search of Methods. In: The Intern. J. Addict. 10, 2 (1975), pp. 251 - 275.

20. Davies-Osterkamp, S.; Rist, R.:
Das Alkoholkontaktprogramm: Ein Training zur Erhöhung der Sicherheit Alkoholkranker in Versuchungssituationen. In: Drug and Alc. Dep. 2 (1977), pp. 163 - 173.

21. Dominicus, R.D.:
Therapeutische Gemeinschaft bei Alkoholkranken. In: Nervenarzt 45 (1974), pp. 200 - 206.

22. Doroff, D.R.:
Group Psychotherapie in Alcoholism, special chapter in: 10.

23. Dranger, P.; Feeney, D.J.:
Alcoholics View Group Therapy. In: J.Stud.Alc. 37, 5 (1976), pp. 611 - 618.

24. Dy, A.J.; Van-Lopik, J.:
Chronic callers to a crisis center. In: Amer.J.Psych. 133 (1976), pp. 977 - 978, zit. n.: J.Stud.Alc. 38 (1977), Nr. 101, p. 289.

25. Edwards, G.; Egert, S.; Orford, J.:
Alcoholism: A Controlled Trial of "Treatment" and "Advice". In: J.Stud.Alc. 38, 5 (1977), pp. 1004 - 1031.

26. Feuerlein, W.:
Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. 2. Auflage, Stuttgart 1979.

27. Feuerlein, W.:
Das Abstinenzsyndrom. In: 42, pp. 77 - 89.

28. Gasteau, E.:
La surveillance médicale de l'alcoolique. In: Rev. Alcool. 21 (1975), pp. 59 - 64, zit. n.: J. Stud.Alc. 37 (1976), Nr. 4, p. 484.

29. Gruner, W.:
Erster Jahresbericht über die am 07.04.1975 eröffnete Spezialstation für Suchtkranke an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, 1976, unveröffentlicht.

30. Grenny, G.W.:
Alcoholism Treatment Results Related to Length of Treatment. In: exChange 1:8 (Nov. 1973), pp. 36 - 39.

31. Hart, L.S.; Stucland, D.:
An application of the Multidimensional Model of Alcoholism. Differentiation of Alcoholics by Mode Analysis. In: J.Stud.Alc. 40 (1979), pp. 283 - 290.

32. Hoffmann, H.:
Treatment effectiveness as judged by successfully and unsuccessfully treated alcoholics. In: Drug Alc. Depend., Lausanne 1 (1976), pp. 241 - 246, zit. n. J.Stud.Alc. 38, 2 (1977), Nr. 112, p. 294.

33. Hore, B.D.:
Factors in Alcoholic Relapse. In: Brit. J.Addict. 66 (1971), pp. 89 - 96.

34. Hunt, G.M.:
A community-reinforcement approach to alcoholism. In: Behav.Res.Ther., Oxford 11 (1973), pp. 91 - 104. zit. n. J.Stud. Alc. 36 (1975), Nr. 81, p. 226

35. Intagliata, J.A.:
A telephone follow-up procedure for increasing the effectiveness of a treatment program for alcoholics. In: J.Stud.Alc. 37, 9 (1976), pp. 1330 - 1335.

36. Jellinek, E.M.:
Phases of alcohol addiction. In: Quart. J.Stud. Alc. 13 (1952), pp. 673 - 684.

37. Jellinek, E.M.:
The disease concept of alcoholism. Highland Park 1960.

38. Jellinger, K.:
Die ambulante Behandlung Alkoholkranker im Genesungsheim Kalksburg, Erfahrungen und Probleme. In: Kryspin-Exner, K. (Hrsg.): Die offene Anstalt für Alkoholkranke in Wien-Kalksburg, Wien 1967.

39. Jellinger, K.:
Die ambulante Weiterbehandlung Alkoholkranker. in: 44, pp. 60 - 91.

40. Kjølstad, Th.:
Die Aufgaben der spezialisierten Anstalt für Alkoholkranke. in: 42, pp. 7 - 11.

41. Koschorke, M.:
Unterschichten und Beratung. In: Untersuchungen aus dem Evang. Zentralinstitut für Familienberatung, Berlin 1973. Nachdruck in: Wege zum Menschen (1975), pp. 315 ff.

42. Kryspin-Exner, K.; Oltenau, T.:
Klinik und Therapie des Alkoholismus, Wien 1968.

43. Kryspin-Exner, K.:
Zur Klinik und Therapie des chronischen Abstinenzsyndroms, in: 42, pp. 91 - 105.

44. Kryspin-Exner, K. (Hrsg.):
Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit, Wien 1969.

45. Kryspin-Exner, K.:
Der phasenhafte Verlauf der Restitution, in 44, pp. 92 - 101.

46. Kuller, L.H.; May, S.J.:
Methodological Approaches in the Evaluation of Alcoholism Treatment: A Critical Review. In: Preventive Medicine 4 (1975), pp. 464 - 481.

47. Lechler, W.:
Alkoholismus, eine Krankheit? In: AA-Informationen, Sonderdruck (ohne Jahresangabe), Zentrale Kontaktstelle, Postfach 144, 4650 Gelsenkirchen.

48. Levinson, T.; McLachlan, J.F.C.:
Facteurs influencant les résultats du traitement des alcooliques à l'Institute Donwood. In: Toxicomanies 6 (1973) Quebec, pp. 203 - 221, zit. n. Q.J.Stud.Alc. 35 (1974), Nr. 405, p. 740.

49. Lürssen, E.:
Psychoanalytische Theorien über die Suchtgefahren. In: Suchtgefahren XX, 1 (1974), pp. 145 - 151.

50. Lunkenheimer:
Determinanten des therapeutischen Erfolgs in der stationären Therapie von Alkoholikern - Eine Untersuchung an 208 ehemaligen Patienten von Bad Tönnisstein - 6 Wochen Intensivtherapie. Vortrag auf der ETA-Tagung München, November 1977 (Photokopiertes Manuskript).

51. Malan, D.H.:
Psychoanalytische Kurztherapie. Stuttgart 1965.

52. Matussek, P.:
Süchtige Fehlhaltungen. In: V.E.Frankl: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. 2, München/ Berlin 1959.

53. McWilliams, J.:
Treatment termination variables, MMPI scores and frequencies of relaps in alcoholics. In: J.Stud.Alc. 38 (1977), pp. 477.

54. Mechkunov, K.:
Some factors affecting the duration and quality of remissions in chronic alcoholism. In: Alcoholism 8 (1972), Zagreb, pp. 164 - 168, zit. n. Q.J.Stud.Alc. 35 (1974), Nr. 936, p. 1470.

55. Morrice, J.K.W.:
Crisis Intervention. Studies in Community Care. Oxford 1976, chap. 3.

56. O'Leary, M.R.; Donovan, D.M.; Rohsenow, D.J.:
Loss of control and patient attrition from an alcoholism treatment program. In: J. cons. clin. Psychol. 44 (1976), pp. 686 - 687, zit. n. J.Stud.Alc. 38 (1977), Nr. 320, p. 729

57. Paredes, A.:
Loss of control in Alcoholism: an investigation of the hypothesis, with experimental findings. In: Q.J.Stud. Alc. 34 (1973), pp. 1146 - 1161.

58. Pattison, E.M.:
Ten years of change in alcoholism treatment and delivery. In: Amer. J. Psychiat. 134 (1977), pp. 261 - 266.

59. Pomerleau, A.:
A Critical Examination of Some Current Assumptions in the Treatment of Alcoholism. In: J.Stud.Alc. 37, 7 (1976), pp. 849 - 867.

60. Rieth, E.:
Zur Effektivitätsbeurteilung von Entziehungskuren. In: Suchtgefahren XXIII, 4 (1977).

61. Sandman, D.; Schaper, G.:
"Kommentar", S. 74, oben. In: Suchtgefahren XXII, 2 (1976).

62. Sobell, L.C.; Sobell, M.B.:
Outpatient alcoholics give valid self-reports. In: J.nerv.ment.Dis. 161 (1975), pp. 32 - 42, zit. n. J.Stud.Alc. 38 (1977), Nr. 618, p. 1140.

63. Solberg, R.J.:
Das Krankheitsbild des trockenen Rausches, Hazelden 1968, in der Übersetzung der AA-Gruppe Köln II (Photokopiertes Manuskript).

64. Springer, A.:
Problematische Verläufe der Alkoholgrundkrankheit
In: Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, pp. 23 - 30.
Bd. 2 der Schriftenreihe des Ludwig-Boltzmann-
Instituts für Suchtforschung, Wien.

65. Suwaki, H.:
A follow-up study of alcoholic patients. In:
Psychiatr. Neurol. J. 77 (1975), pp. 89 - 106,
zit. n. J.Stud.Alc. 38 (1977), Nr. 114, p. 295.

66. "Treffpunkt und Beratung", Jahresbericht 1974 der
Beratungsstelle Reichenberger Str. 133, 1000 Berlin 36,
Träger: AWo Berlin, DPWV Berlin.

67. Wieser, S.:
Alkoholismus III. Katamnesen und Prognosen. In:
Fortschr. Neurol. Psychiatr. 34 (1966), pp. 565.

68. Wieser, S.:
Das Trinkverhalten der Deutschen. Herford, 1973.

69. Zapotoczky, H.G.:
Das Problem des Rückfalls, in: 44, pp. 139 - 157.

70. Zimberg, S.:
Understanding and treating the alcoholic in crisis.
In: R.A. Glick (Hrsg.), Psychiatric Emergencies,
New York, 1976.

LEBENSLAUF

Am 16.10.1951 in Bremen geboren als Sohn des kaufmännischen Angestellten Hermann Brems und der Hausfrau Emmy Brems, geb. Schlüter, besuchte ich in Bremen auch Grundschule und Gymnasium (naturwissenschaftlicher Zweig) bis zum Abitur 1970.

Im Oktober 1970 begann ich das Studium der Mathematik und Theoretischen Physik in Göttingen, nach dem Vordiplom wechselte ich im März 1973 nach Tübingen, wo ich ein halbes Jahr später zusätzlich das Studium der Humanmedizin aufnahm.

Im Sommersemester 1974 erfolgte eine Ausbildung in "clinical pastoral counselling" an der evangelisch-theologischen Fakultät bei Rev. Russel Burck (Gastdozent aus USA).

Nach Vorlage einer Arbeit über das funktionentheoretische "d-quer-Problem" (Betreuung durch Prof. Kaup) bestand ich im Dezember 1975 die Diplomprüfung in Mathematik.

Nach dem Physikum im März 1976 und der Absolvierung des "Praktischen Jahres" 1979/80 in Tübingen (Prof. Heimann, Psychiatrie) und Stuttgart (Prof. Marx, Innere Medizin und Prof. Lorenz, Chirurgie) legte ich am 21. April 1980 in Stuttgart das Medizinische Staatsexamen ab.

Daran anschließend war ich ein Jahr in der Chirurgie (bei Prof. Emmermann, Robert-Bosch-Krankenhaus) und 1 1/2 Jahre in der Inneren Medizin (bei Prof. Ott, 1. Medizinische Klinik Bürgerhospital) in Stuttgart sowie 3 Monate in einer Praxis nahe Heilbronn (bei Dr. Weingart) als Assistenzarzt tätig.

Seit 1. Juli 1984 arbeite ich in der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung (leitender Arzt: Dr. Förschler) am Kreiskrankenhaus Herrenberg.

Richard Brems